2.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 55.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN CHIRURGIE,

Présentée et soutenue le 14 février 1852,

Par F. LONGY,

né à Eygurande (Corrèze),

Docteur en Médecine,
Membre titulaire de la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques
de Montpellier.

ESSAI SUR LE DIAGNOSTIC

DES

TUMEURS DE LA RÉGION POPLITÉE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1852

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. BÉRARD, DOYEN.	MM.
Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et chimie organique	DUMAS.
Hygiène	
Pathologie médicale	DUMÉRIL. REQUIN.
Pathologie chirurgicale	GERDY. J. CLOQUET.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE, Examinateur.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	CHOMEL. BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY.
Clinique chirurgicale	ROUX. VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON, Président.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM. BEAU.	MM. GUENEAU DE MUSSY.
BÉCLARD.	HARDY, Examinateur.
BECQUEREL.	JARJAVAY, Examinateur.
BURGUIÈRES.	REGNAULD.
CAZEAUX.	RICHET.
DEPAUL.	ROBIN.
DUMÉRIL fils.	ROGER.
FAVRE.	SAPPEY.
FLEURY.	TARDIEU.
GIRALDÈS.	VIGLA.
GOSSELIN.	VOILLEMIER.
GRISOLLE.	WURTZ.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ESSAI

SUR LE DIAGNOSTIC

DES

TUMEURS DE LA RÉGION POPLITÉE.

> Sans un diagnostic exact et précis, la théorie est toujours en défaut, et la pratique souvent infidèle.
>
> (Louis, *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. 5, p. 1.)

Autrefois célèbre par la fréquence de l'anévrysme de l'artère poplitée et de la ligature de ce vaisseau près du sac, la région du même nom a perdu de son importance depuis que la méthode d'Anel est généralement adoptée, et que la ligature de l'artère poplitée est devenue une simple opération d'amphithéâtre, à cause de la difficulté qu'elle présente, et parce que le chirurgien doit craindre de placer la ligature sur une partie malade. Si, à ce point de vue, cette région n'offre maintenant qu'un médiocre intérêt au chirurgien, elle n'en conserve pas moins une grande importance, quand il s'agit des tumeurs qui peuvent s'y développer.

En lisant les descriptions données par les auteurs, on pourrait croire qu'il n'est rien de plus facile que de porter un diagnostic exact de ces maladies. Si l'on ouvre ensuite les archives de la science, on est tout étonné d'y trouver consignées des erreurs commises par les grands maîtres. En effet, dans les ouvrages didactiques, des

groupes de symptômes clairs et précis, des caractères anatomiques minutieux, ont été assignés à chaque espèce de tumeur. Mais, lorsqu'on arrive à la pratique, on voit toute la difficulté du diagnostic de ces lésions, situées sous la peau ou dans la profondeur des organes, quelquefois difficiles à explorer, présentant une foule de caractères communs, et souvent peu de signes distinctifs. D'ailleurs les symptômes caractéristiques manquent quelquefois ; alors le chirurgien qui, à une vaste expérience, joint une connaissance approfondie des causes, des symptômes, de la marche, de la structure anatomique de ces tumeurs, et même ce que j'appellerai l'*inspiration médicale,* n'arrive pas toujours à la vérité. C'est avouer que dans l'état actuel de la science, un diagnostic certain est quelquefois impossible.

Il est cependant nécessaire de connaître la nature du mal avant de le combattre ; car, si l'on agit sans cette donnée, on s'expose à employer des moyens thérapeutiques ou inactifs, ou nuisibles, ou trop énergiques.

Les tumeurs qui se développent dans la région poplitée sont nombreuses. Le plus grand nombre se rencontre dans plusieurs parties de l'économie ; quelques-unes, au contraire, sont spéciales au jarret. Présenter rapidement leurs principaux symptômes, et à la suite leur diagnostic, mais seulement avec celles qui auront déjà été étudiées, afin d'éviter toute répétition : tel est le but que je me propose. Les unes offrent de la gravité, d'autres sont difficiles à distinguer ; je les étudierai plus spécialement, tandis que je traiterai avec moins de détails celles qui offrent peu de difficulté sous le rapport du diagnostic.

Mais avant, que devons-nous entendre par tumeur de la région poplitée ? Toute tumeur de la région poplitée est caractérisée par une saillie anormale plus ou moins circonscrite, ou seulement par une production qui modifie la consistance d'une partie de cette région, sans altérer son volume d'une manière sensible.

Faire un classement méthodique des tumeurs est encore un pro-

blème à résoudre : Fabrice d'Aquapendente, A. Deidier, F. Imbert, Astruc, J. Penk, J. Hunter, Boyer, J. Abernethy, Warren, etc., l'ont tenté, mais toutes leurs classifications sont défectueuses. En effet, les unes sont incomplètes, les autres manquent d'unité ; enfin plusieurs ont l'inconvénient de réunir dans un même genre des tumeurs n'ayant entre elles aucun rapport, tandis qu'elles classent dans des genres différents la même maladie, suivant qu'elle est à telle ou telle période. Aussi M. le professeur Velpeau a-t-il écrit : « Le classement des tumeurs est extrêmement difficile. Si la nature des unes peut servir de point de départ, il n'en est plus de même pour une infinité d'autres. En se dirigeant d'après leur siége, soit par tissu, soit par région du corps, on éprouvera le même embarras, puisqu'il en est qui se développent presque indistinctement dans tous les systèmes organiques, comme dans toutes les régions et à toutes les profondeurs de l'économie. » (Velpeau, *Nouv. élém. de méd. op.*, t. 3, p. 30 ; 1839.)

Cependant, comme il est indispensable de les réunir en quelques groupes, nous diviserons les tumeurs de la région poplitée en deux grandes classes, qui présentent ordinairement des caractères bien tranchés : 1° tumeurs inflammatoires ; 2° tumeurs non inflammatoires ; celles-ci sont liquides ou solides. Voici, du reste, l'ordre dans lequel nous les étudierons :

CHAPITRE I. — *Tumeurs inflammatoires.*

I. Phlegmon simple.

II. Adénite { aiguë, chronique.

III. Abcès { aigus, froids, ossifluents.

CHAPITRE II. — *Tumeurs non inflammatoires.*

§ Ier. — Liquides.

I. Contusion.
II. Tumeurs érectiles.
III. Varices.
IV. Anévrysmes.
V. Hernie de la synoviale articulaire.
VI. Kystes.
VII. Anévrysme des os.
VIII. Kystes des os.
IX. Hydatides des os.

§ II. — Solides.

I. Fractures du fémur.
II. Luxations du tibia.
III. Luxation des fibro-cartilages interarticulaires.
IV. Exostoses.
V. Lipomes.
VI. Cancers des parties molles.
VII. Cancer des os.
VIII. Dégénerescences des ganglions.
IX. Névromes.
X. Tumeurs squirrheuses enkystées.
XI. Corps étrangers.

Jetons d'abord un coup d'œil sur l'anatomie de la région poplitée.

ANATOMIE.

La région poplitée, située à la partie postérieure du genou, s'é-

tend à trois travers de doigt au-dessous, et à quatre travers de doigt au-dessus de l'articulation fémoro-tibiale. Si l'on examine couche par couche les diverses parties qui la constituent, on trouve :

1° La *peau*, qui est fine, mince, ridée transversalement, extensible, pourvue de quelques poils chez l'homme et d'un assez grand nombre de follicules sébacés.

2° Le *fascia superficialis*.

3° Le *tissu cellulaire sous-cutané*, formant une couche mince et plus lamelleuse qu'à la cuisse, mais plus épaisse et moins dense qu'à la partie antérieure du genou ; il contient un tissu adipeux généralement assez abondant, ferme et comme granulé.

Au-dessous de la peau, on rencontre les vaisseaux lymphatiques superficiels qui, venant de la jambe, se dirigent vers la partie interne de la cuisse.

4° L'*aponévrose*, continuation de l'aponévrose fémorale, qui, arrivée vers le milieu de la région poplitée, donne en dehors deux feuillets pour engaîner le biceps crural ; le feuillet interne se perd dans le périoste, tandis que le feuillet externe se continue avec l'aponévrose de la région antérieure ; partant de la surface cutanée du condyle externe, de la tête du péroné et du bord du biceps, ce feuillet externe se porte transversalement à la partie postérieure de la patte-d'oie, et bride le commencement du mollet : ici ses fibres sont obliques, tandis qu'elles sont transversales dans la portion fémorale de la région. En dedans du jarret, l'aponévrose se dédouble comme en dehors et forme un canal à chacun des muscles ou des tendons ; enfin ses lames profondes se raréfient dans le creux poplité, et se confondent avec le tissu cellulo-fibreux qui enveloppe les nerfs et les vaisseaux.

La *veine saphène externe*, venant de la partie postérieure et externe de la jambe, glisse de bas en haut et d'arrière en avant entre les lames aponévrotiques, perfore les plus profondes au-dessus des condyles du fémur, et se décharge dans la veine poplitée. Dans le point où elle finit de traverser l'aponévrose, il s'en détache quel-

quefois une veine ascendante, qui longe le muscle demi-membraneux et va se jeter dans la veine saphène interne.

5° Au-dessous de l'aponévrose, on aperçoit un espace losangique rempli par des nerfs, des vaisseaux, des ganglions lymphatiques, et un tissu cellulaire très-abondant: ce losange irrégulier, dont l'angle supérieur est plus aigu que l'inférieur, et dont les côtés supérieurs sont plus longs que les autres, est limité *en haut et en dehors* par le muscle biceps, qui, enveloppé par l'aponévrose, glisse sur la partie postérieure du condyle externe du fémur, est séparé de l'articulation par une couche fibreuse épaisse, et va s'insérer à la tête du péroné; *en haut et en dedans,* par le ventre du demi-membraneux, et plus bas, par les tendons des muscles demi-membraneux, demi-tendineux, droit interne et couturier. Le demi-membraneux, le plus volumineux, le plus fort et le plus profondément situé, forme la paroi interne du creux poplité; son tendon passe en arrière et en dedans du condyle interne du fémur, donne une expansion fibreuse pour fortifier la paroi postérieure de l'articulation, et va s'insérer à la tubérosité interne du tibia; le demi-tendineux est beaucoup plus saillant que les autres pendant la flexion de la jambe, parce qu'il s'insère à l'ischion en haut et descend plus bas que les autres sur le tibia; le droit interne recouvre le côté interne de l'articulation du genou, et le ligament latéral interne, dont il est séparé par une synoviale qui lui est commune avec le demi-tendineux; le couturier, le plus superficiel de tous, contourne en dedans et en arrière le condyle fémoral avant de s'épanouir sur la face interne du tibia.

Le creux poplité a pour limites, *en bas et en dedans*, le condyle interne du fémur et le jumeau interne, qui est un peu plus volumineux que l'externe, et passe sous le demi-membraneux pour aller s'insérer au-dessus du condyle interne du fémur; *en bas et en dehors,* le jumeau externe, qui dans tout son trajet est sous-aponévrotique; le condyle externe du fémur et le muscle plantaire grêle, qui, allant de la partie supérieure du condyle externe au devant du jumeau

interne vers la jambe, croise les vaisseaux et nerfs poplités et peut les comprimer pendant une forte extension.

Enfin, à la partie inférieure de la région poplitée on trouve la pointe du muscle soléaire, qui remonte jusqu'à la tête du péroné; les origines péronéales et tibiales de ce muscle sont réunies par une bandelette fibreuse, qui constitue son arcade et passe derrière les vaisseaux et les nerfs.

6° Le *nerf sciatique* descend le long de la ligne médiane et se divise bientôt en deux branches.

1° Le *nerf sciatique poplité interne* continue la direction du nerf sciatique; placé un peu en dehors de la ligne médiane de la région et sur le côté externe de la veine, il la croise très-obliquement et se trouve en dedans au-dessous des condyles du fémur; il est séparé des vaisseaux par quelques lymphatiques et du tissu cellulaire. Dans son trajet il fournit deux branches, l'une au-dessus des condyles, l'autre avant de s'engager sous le muscle soléaire; la première gagne le mollet, se place en dedans de la saphène externe, et forme la racine principale du nerf de cette veine; la seconde suit la face postérieure de l'artère poplitée. 2° Le *nerf sciatique poplité externe,* qui se trouve sur le même plan que l'interne, se dirige obliquement en bas et en dehors, s'accole à la paroi externe du creux poplité, et spécialement au bord interne du muscle biceps, se trouve bientôt au-dessous et en arrière de la tête du péroné, puis la contourne pour passer au devant de la jambe; à 3 centimètres environ au-dessus du condyle externe du fémur, il fournit le nerf musculo-cutané qui va se rendre à la partie postérieure et externe du mollet. Ajoutons à ces nerfs le saphène interne et le sous-cutané de la cuisse, branches du nerf crural qui n'offrent qu'un très-petit volume.

7° Au-dessous et en dedans du nerf sciatique poplité interne, est placée la *veine poplitée*, qui elle-même se trouve en arrière de l'artère du même nom, suit le même trajet et fournit les mêmes branches que celle-ci; elle contourne légèrement l'artère en diagonale,

de manière que, un peu inclinée en dehors supérieurement, elle est directement située en arrière vis-à-vis l'articulation, et devient interne inférieurement.

8° Sortant de l'anneau du troisième adducteur, l'*artère poplitée* descend de la portion interne vers la partie médiane du jarret, qu'elle atteint dans l'intervalle des condyles; elle se place un peu en dehors du nerf poplité interne en croisant sa direction, puis elle le croise de nouveau pour se replacer en dedans; cette artère ne se divise qu'après avoir franchi l'arcade du muscle soléaire, mais dans son trajet elle fournit six branches, trois au-dessus et trois au-dessous de l'articulation : 1° L'*artère articulaire supérieure externe* naît au niveau de l'anneau du troisième adducteur, contourne le fémur au-dessus du condyle externe, passe sous le tendon du biceps, et va se perdre dans la courte portion de ce muscle et dans le vaste externe. 2° L'*artère articulaire supérieure interne*, ayant son origine près de la partie supérieure du condyle interne, contourne le fémur un peu au-dessus de ce condyle et du jumeau interne, glisse sous le tendon du grand adducteur, et se rend à la région rotulienne; 3° l'*artère articulaire supérieure moyenne* naît au niveau de l'article, traverse directement le ligament postérieur, et va se distribuer aux diverses parties de l'articulation. 4° Les *deux artères des muscles jumeaux* naissent en bas de l'échancrure intra-condylienne, se contournent sous les saillies du tibia, et vont se rendre aux muscles gastrocnémiens. 5° L'*artère articulaire inférieure moyenne* se détache du tronc au-dessus du muscle poplité, passe sous le nerf sciatique et le jumeau interne, sous le ligament latéral interne, entre lui et la tubérosité interne du tibia, et se perd dans la région du genou. 6° L'*artère articulaire inférieure externe*, dont l'origine a lieu plus bas que la précédente, glisse sous le tendon du biceps et le ligament latéral externe, et va se rendre aussi à la région du genou.

Telle est la disposition normale des vaisseaux de la région poplitée; mais il existe des anomalies importantes à connaître. Voici les plus remarquables : R. Quain (*The anatomy of the arteries*, pl. 80,

fig. 1) rapporte un cas dans lequel la veine occupait la position de l'artère et réciproquement. Le Dr Caillard a publié l'observation d'un sujet chez lequel l'artère poplitée, au lieu d'être la continuation de la fémorale superficielle, était le prolongement de l'ischiatique, devenue beaucoup plus considérable qu'à l'état normal; tandis que la fémorale avait un calibre très-petit. Froriep (*Notizen*, t. 4, p. 45) a observé un fait semblable.

D'après Sandifort, l'artère poplitée fut trouvée double chez un sujet, et cette duplicature était la continuation du dédoublement de la fémorale superficielle. Une anomalie bien plus fréquente consiste dans la division de la poplitée vis-à-vis des condyles du fémur.

M. le professeur Dubrueil (*Traité des anomalies artérielles*, p. 390) a vu, chez une jeune femme, la veine poplitée gauche double dans sa portion fémorale. Les veines péronière, tibiales antérieure et postérieure, se réunissaient pour former le tronc poplité. Celui-ci, d'une brièveté extrême, se divisait, près de l'espace intra-condylien, en deux branches qui longeaient l'artère poplitée sans la recouvrir, et allaient bientôt s'aboucher dans la veine fémorale.

Quant aux anomalies de nombre, d'origine et de distribution des articulaires, elles offrent peu d'importance au point de vue chirurgical.

9° Les *ganglions lymphatiques* sont sous-aponévrotiques, et au nombre de quatre ou cinq; ils entourent les troncs vasculaires. Quoique leur position soit variable, on en trouve ordinairement un en dedans et un en dehors de l'artère poplitée, un troisième entre ce vaisseau et le fémur, et un quatrième en arrière et en dehors de l'immergence de la saphène externe. Ce dernier reçoit les vaisseaux lymphatiques qui accompagnent cette veine, tandis que les lymphatiques profonds de la jambe, satellites des principaux vaisseaux sanguins, vont s'aboucher dans les autres ganglions.

10° Les vaisseaux poplités sont séparés du plan osseux, en haut par du tissu adipeux, plus bas par la portion supérieure du plantaire grêle qui s'insère au condyle fémoral externe, par le muscle poplité

et par le ligament postérieur de l'articulation, qui s'éraille quelquefois de manière à permettre la hernie de la synoviale articulaire du genou.

11° Le dernier plan est constitué par les os ; le fémur en haut, le tibia en bas et en dedans, le péroné en bas et en dehors.

CHAPITRE Ier.

TUMEURS INFLAMMATOIRES.

Les tumeurs inflammatoires présentent ordinairement des caractères si tranchés, qu'il est impossible de les confondre avec d'autres. Cette règle comporte cependant des exceptions. Il est des cas, en effet, où les symptômes sont si peu apparents, qu'ils ont pu donner le change, et ont fait commettre des erreurs graves aux praticiens les plus habiles. Qu'il me suffise de citer l'exemple de Paletta (Scarpa, *Traité de l'anévrysme*, p. 174), qui prit un anévrysme de l'artère poplitée pour un abcès ; Desault (M.-A. Petit, Journal de Desault, t. 2, p. 75), Dupuytren (Pelletan, *Clinique chirurg.*, t. 2, p. 83), Liston (*Arch. génér., de méd.*, t. 12, p. 504; 1841), et une foule d'autre chirurgiens non moins célèbres, ont commis de pareilles fautes.

Néanmoins on reconnaîtra presque toujours une tumeur inflammatoire à sa marche ordinairement rapide, et aux caractères si connus de l'inflammation, rougeur, douleur, chaleur, tuméfaction et tendance à la formation d'un produit nouveau. Ces symptômes auront existé dès le début. Il arrive, en effet, que certaines tumeurs non inflammatoires agissent comme corps étrangers sur les tissus environnants, les irritent, les enflamment; mais alors les phénomènes phlegmasiques ne se montrent que plus ou moins longtemps

après l'apparition de la tumeur. Cette distinction de l'époque à laquelle apparaissent les symptômes inflammatoires est de la plus haute importance à établir ; car, sans elle, on tomberait souvent dans des erreurs funestes.

Les tumeurs inflammatoires de la région poplitée sont le phlegmon simple, l'adénite, et les abcès. Je passe sous silence le furoncle, l'anthrax, et les maladies de la peau, qui appartiennent à la pathologie de cette membrane, et n'ont qu'un rapport indirect avec mon sujet.

I. Phlegmon simple. — Le phlegmon, assez souvent observé dans cette région, peut occuper le tissu cellulaire sous-cutané ou le tissu cellulaire sous-aponévrotique.

1° *Phlegmon superficiel.* — Quelquefois sans cause connue, mais le plus souvent à la suite d'une violence, on observe à la région poplitée une tension douloureuse, une tumeur dont les limites sont bien perçues par le toucher, consistant en une masse indurée, rénitente, élastique, douloureuse à une légère pression, et située sous les téguments. La peau perd sa mobilité et semble faire corps avec les tissus sous-jacents ; elle acquiert une coloration rosée, puis rouge ; sa température s'élève, mais cette chaleur n'est point accompagnée de sécheresse, car la transpiration s'effectue encore. La douleur augmente graduellement ; elle est continue et présente des exacerbations isochrones au pouls, aussi l'a-t-on appelée *douleur pulsative*. La jambe est légèrement fléchie sur la cuisse, et les mouvements d'extension sont très-douloureux, comme j'ai eu occasion de l'observer dans un cas ; il y a même quelquefois un peu de fièvre.

2° *Phlegmon profond.* — La plupart des symptômes que je viens de signaler manquent souvent au début. En effet, le tissu cellulaire enflammé est situé sous l'aponévrose ; celle-ci délimite l'inflamma-

tion, et la peau conserve la coloration normale. La tuméfaction et l'empâtement sont souvent difficiles à reconnaître; la douleur est alors le seul symptôme appréciable, et elle n'augmente pas toujours à la pression : néanmoins, pour peu que le phlegmon soit considérable, l'aponévrose et la peau deviennent bientôt tendues; mais celle-ci présente une coloration moins tranchée que dans le phlegmon superficiel. On sent un empâtement profond, douloureux à la pression; les ganglions de l'aine s'engorgent, la douleur est vive; il existe souvent une névralgie des nerfs sciatique et poplités. La jambe est dans la demi-flexion, et tout mouvement dans l'articulation tibio-fémorale occasionne au malade une forte souffrance.

A ces symptômes locaux, viennent le plus souvent se joindre des troubles généraux, plus fréquents et plus intenses dans le phlegmon sous-apovrénotique que dans le superficiel. La peau est chaude; le pouls est plein, dur, fréquent; il arrive quelquefois qu'il est lent, petit, concentré, mais cet état disparaît sous l'influence des émissions sanguines. Le malade a perdu l'appétit, il éprouve une soif vive, de l'agitation, de l'insomnie, parfois même du délire.

Diagnostic. Le phlegmon simple pourrait être confondu avec le phlegmon diffus, l'érysipèle et l'angioleucite. On distinguera le phlegmon simple du *phlegmon diffus*, en ce que celui-ci envahit rapidement des surfaces très-étendues, toute la jambe, par exemple, comme j'ai pu en observer un beau cas dans le service de M. le professeur Nélaton, en décembre 1851; qu'il présente une rougeur marbrée, disposée par lignes entre-croisées dans tous les sens et comme ondulées, et qu'il offre une consistance assez ferme ou œdémateuse, mais sans rénitence; de l'*érysipèle*, parce que ce dernier semble n'affecter que la surface de la peau, a une coloration jaunâtre, disposée par larges plaques, faisant un léger relief à la surface des téguments, et est limité par un bord festonné et frangé; de l'*angioleucite*, parce qu'elle présente des traînées linéaires, multiples, sinueuses, entrelacées, et allant ordinairement se terminer aux gan-

glions de l'aine, qui sont fortement engorgés, enfin parce que la tuméfaction de la partie est très-peu marquée.

II. Adénite. — Comme nous l'avons déjà vu, les ganglions lymphatiques de la région poplitée sont au nombre de quatre ou cinq, et situés sous l'aponévrose. Les symptômes inflammatoires qui s'y développent peuvent être intenses et se succéder avec rapidité, ou avoir une marche obscure et lente : de là deux variétés d'adénite, l'adénite aiguë et l'adénite chronique.

1° *Adénite aiguë.* — L'adénite aiguë se manifeste par l'apparition de une, deux, trois, quatre tumeurs, variant depuis la grosseur d'une noisette jusqu'à celle d'une noix, et occupant la place des ganglions lymphatiques. Ces tumeurs sont arrondies, d'une consistance ferme, peu adhérentes aux parties voisines, symptômes souvent difficiles à apprécier au début. A ces signes, se joint une douleur faible dans le principe, puis plus vive, et enfin aiguë et lancinante. Les ganglions de l'aine s'engorgent, deviennent même quelquefois légèrement douloureux à la pression; les mouvements de l'articulation sont pénibles. Alors le tissu cellulaire participe le plus souvent à l'inflammation, et l'on voit survenir tous les symptômes que nous avons décrits à l'occasion du plegmon simple sous-aponévrotique. Dans ces circonstances, la tuméfaction des ganglions est moins facile à percevoir; on sent cependant çà et là quelques points durs, arrondis et plus élevés. Ces phénomènes durent de huit à quinze jours; au bout de ce temps, les douleurs sont pulsatives, l'empâtement augmente, la mobilité des ganglions a disparu, et la fluctuation y devient bientôt manifeste.

2° *Adénite chronique.* — Succédant quelquefois à une adénite aiguë, elle apparaît le plus souvent primitivement. Les ganglions se tuméfient d'une manière lente et sourde; ces engorgements sont durs, peu ou point douloureux, même à la pression; aussi le malade ne

s'en aperçoit-il le plus souvent que lorsqu'ils ont acquis un certain développement. Si plusieurs ganglions sont engorgés, ils se réunissent et forment une tumeur inégalement bosselée, quelquefois considérable, comme M. le professeur Dubrueil en a relaté un exemple dans son *Traité des anomalies artérielles* (p. 394). Gênant ordinairement peu les mouvements du membre, cette tumeur peut quelquefois comprimer les vaisseaux et les nerfs de la région, produire ainsi l'infiltration de la jambe, et y occasionner des fourmillements, des picotements, même des douleurs névralgiques.

Diagnostic. Ces deux variétés d'adénite sont très-faciles à distinguer entre elles. D'un côté, on voit des phénomènes inflammatoires aigus, à marche rapide ; de l'autre, une marche lente, une inflammation peu prononcée, et une indolence presque complète.

L'adénite aiguë peut être confondue avec le phlegmon simple sous-aponévrotique. La distinction est surtout difficile, lorsque la seconde maladie vient compliquer la première et la masquer. Au début, la sensation de petites tumeurs dures, mobiles, le peu de douleur, l'engorgement plus fréquent et plus considérable des ganglions de l'aine, une réaction générale peu vive, indiqueront une adénite; tandis qu'une tumeur égale, rénitente, volumineuse, douloureuse à la pression, accompagnée de symptômes généraux assez intenses, annoncera un phlegmon. Enfin la simultanéité des divers symptômes fera croire à l'existence des deux maladies.

L'adénite chronique présente quelques points de ressemblance avec les dégénérescences ganglionnaires, le cancer, etc. (voir ces maladies).

III. Abcès. — Nous étudierons, dans ce paragraphe, les abcès phlegmoneux, les abcès froids, et les abcès ossifluents.

1° *Abcès phlegmoneux.* — Terminaison la plus fréquente du phleg-

mon, les abcès chauds de la région poplitée sont superficiels ou sous-aponévrotiques.

Abcès superficiels. Lorsque l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané a persisté sept ou huit jours sans tendre vers la résolution, on voit apparaître les phénomènes suivants, qui annoncent la formation du pus. La douleur devient moins vive; pulsative auparavant, elle prend un caractère gravatif. La fièvre diminue ou disparaît même complétement; la peau est moins sèche, le pouls faiblit, l'inflammation se circonscrit et tend à se concentrer en un point; le malade éprouve de légers frissons. La tumeur se ramollit à son centre et devient fluctuante. Dans ce point, apparaît une saillie surmontée d'un point blanc, qui contraste avec la couleur rouge du reste de la peau. Puis l'abcès s'ouvre, et il s'en échappe un pus blanc, homogène, crémeux, bien lié, inodore, etc.; les parois du foyer reviennent sur elles-mêmes, et au bout de quelques jours la cicatrisation est ordinairement complète.

Abcès profonds. L'apparition du pus est annoncée, comme dans le cas précédent, par la rémission des symptômes locaux et généraux; mais ici la région poplitée conserve une tuméfaction œdémateuse, le moindre mouvement imprimé au genou est douloureux; la jambe paraît lourde au malade; la peau conserve sa chaleur, les frissons apparaissent et sont un signe précieux. La saillie que forme la tumeur est ordinairement peu considérable; ainsi M. le professeur Velpeau (*Anat. chirurg.*, t. 2, p. 693) a vu un jeune homme chez lequel un abcès du creux poplité contenait un litre de pus; en 1830, il en soigna un autre chez lequel l'abcès était encore plus volumineux, et cependant il n'y avait presque pas de saillie à l'extérieur. On sent que l'engorgement gagne en étendue, et lorsqu'on perçoit bien manifestement la fluctuation, la collection purulente a souvent gagné beaucoup de parties, quelquefois même disséqué les muscles,

dénudé les vaisseaux et les os. Elle peut remonter vers la cuisse, entre le biceps et le demi-membraneux, et descendre entre les jumeaux. Si on livre la guérison aux seuls efforts de la nature, les désordres augmentent encore, et lorsque le pus s'est fait jour au dehors, la peau est décollée sur de larges surfaces, et la cicatrisation devient presque impossible.

Tels sont les symptômes et la marche de l'abcès profond, suite du phlegmon. Lorsqu'il est la conséquence de l'adénite aiguë, les symptômes sont encore les mêmes, mais beaucoup moins tranchés. Ici, en effet, si la suppuration n'a pas franchi la limite des ganglions, on n'a affaire qu'à de petites collections purulentes; la fluctuation est difficile à percevoir à travers l'aponévrose, la saillie de la tumeur est presque nulle. Lorsque l'abcès se rompt, il s'écoule seulement une petite quantité de pus. Le liquide cesse peu à peu d'être purulent, pour devenir séreux au bout de quelques jours. S'il s'écoule beaucoup plus de pus qu'on n'aurait pu le présumer, on doit en conclure que le liquide s'était amassé en foyer dans le tissu cellulaire ambiant. Cet accident est surtout commun dans la région qui nous occupe, lorsque l'art intervient trop tard.

2° *Abcès froids idiopathiques.* — Se manifestant surtout chez des sujets jeunes et lymphatiques, et ayant ordinairement un volume considérable dans la région poplitée, les abcès froids sont, comme les précédents, superficiels ou profonds.

Ils se présentent sous la forme d'une tumeur indolente, bien circonscrite, immobile, offrant une large base, sans changement de couleur ou de température à la peau. Cette tumeur s'accroît lentement; au bout d'un temps plus ou moins long, elle devient molle et fluctuante. La fluctuation est surtout tardive à apparaître quand la tumeur est sous-aponévrotique. Celle-ci peut rester plusieurs mois sans augmenter, quelquefois même disparaître, le pus étant résorbé; mais le plus souvent, après un certain temps, elle vient faire saillie sous la peau, qui prend une teinte violacée et finit par se rompre.

Il s'écoule alors un pus constitué par un liquide visqueux, filant, demi-transparent, exhalant une odeur fade, nauséabonde, et contenant des grumeaux blancs, opaques, caséeux.

3° *Abcès ossifluents.* — Avec M. le professeur Gerdy, nous comprenons, sous cette dénomination, des abcès qui ont pour point de départ le tissu osseux altéré; ils peuvent donc être la conséquence : 1° de l'ostéite, 2° de la carie, 3° de la nécrose, 4° de la tuberculisation des os. Ces diverses maladies, développées sur le fémur ou le tibia, ne forment pas des tumeurs appréciables dans la région poplitée, mais elles sont cause d'abcès excessivement importants à connaître ; aussi vais-je énumérer leurs symptômes, pour en tirer ensuite des signes précieux dans le diagnostic de ces abcès. J'ai rangé parmi les tumeurs inflammatoires les abcès suite de la tuberculisation des os, parce qu'ils se développent en partie sous l'influence de l'inflammation, et que les rejeter plus loin eût été les éloigner des tumeurs avec lesquelles ils ont la plus grande analogie symptomatologique.

Ostéite. Se montrant surtout chez les individus atteints de scrofule, de scorbut, de syphilis, etc., l'inflammation de la partie postérieure des condyles du fémur et des tubérosités du tibia se manifeste par une douleur offrant un caractère particulier, et siégeant dans les parties profondes de la région poplitée. M. le professeur Gerdy, qui a étudié l'ostéite avec beaucoup de soin, dit : « On sait que les os gonflés et malades souffrent comme les parties molles enflammées, et surtout pendant la nuit; mais on croit trop généralement qu'ils ne souffrent qu'à ce moment : ils souffrent aussi pendant le jour. Il est possible d'ailleurs qu'ils ne souffrent pas du tout, ou qu'il n'y ait des douleurs que dans les parties molles voisines. » En même temps qu'apparaît cette douleur, les parties molles voisines s'engorgent, les mouvements de l'articulation fémoro-tibiale deviennent pénibles, le membre est lourd; on peut quelquefois sentir de chaque côté du genou une légère tuméfaction des os, sans douleur à la

pression, et même un peu d'élévation de température de la partie malade.

Si l'ostéite se termine par suppuration, on voit, au bout d'un temps plus ou moins long, se former lentement, sous l'aponévrose, une tumeur molle, fluctuante, sans inflammation manifeste des parties voisines, qui paraissent se laisser distendre.

Lorsqu'on examine alors la portion osseuse affectée, on la trouve recouverte de bourgeons vasculaires, qui ont percé la dernière lamelle osseuse pour venir s'épanouir à l'extérieur, où ils forment une membrane granuleuse et fournissent du pus. « Si l'ostéite dure un certain temps, dit M. le professeur Nélaton (*Élém. de path. chir.*, t. 1, p. 589), on ne tarde pas à voir se former, dans le voisinage de la partie enflammée, des dépôts osseux, disposés par couches plus ou moins épaisses, réguliers ou irréguliers, présentant une surface grenue, au lieu de l'apparence fibreuse du tissu osseux primitif. Ces couches osseuses superposées, adhérentes à la surface de la diaphyse ancienne, sont disposées autour du point enflammé. » Quant à la matière purulente, quelques auteurs ont dit qu'elle a une odeur fétide, fade, nauséabonde, qu'elle tache le linge en noir. M. d'Arcet pense que le pus des os contient $1/_{200}$ et même $1/_{170}$ de phosphate de chaux, tandis que celui des parties molles n'en contient que $1/_{300}$. De nouvelles expériences sont encore nécessaires pour confirmer cette opinion. J'ai eu occasion de voir deux abcès de ce genre, et de me convaincre que le pus de l'ostéite offre les mêmes caractères physiques que celui des abcès chauds des parties molles.

Carie. Le plus souvent conséquence d'une ostéite, la carie est caractérisée par : 1° l'augmentation de la vascularité, 2° la raréfaction, 3° le ramollissement, 4° la suppuration du tissu osseux. Celui-ci se présente sous la forme d'un tissu spongieux, mollasse, rougeâtre, violacé, érodé à sa surface ; il est recouvert de fongosités saignantes, et imbibé de sang et de sanie purulente. Les cartilages articulaires sont détruits le plus souvent.

Ses symptômes offrent une grande ressemblance avec ceux de l'ostéite. Ainsi, dans l'un comme dans l'autre cas, on observe un engorgement de la région poplitée, des douleurs plus fortes pendant la nuit que pendant le jour, une tuméfaction des condyles du fémur, ou des tubérosités du tibia ; de la gêne dans l'articulation. Cette gêne est plus marquée dans la carie, car ici les cartilages sont ordinairement atteints; on peut même, en imprimant des mouvements au genou, percevoir à une certaine époque une crépitation caractéristique de la destruction des cartilages. On voit en même temps apparaître dans le creux poplité une tumeur présentant tous les caractères d'un abcès à marche excessivement lente ; cette tumeur finit par s'ouvrir à l'extérieur, et fournit un pus séreux, sanieux, mal élaboré, contenant de petits fragments d'os gros comme des grains de sable. Si l'on essaye d'introduire un stylet dans l'os, il pénètre avec la plus grande facilité et fracture une foule de petites aréoles osseuses, qui, en se brisant, produisent un bruit de crépitation.

Nécrose. La nécrose de la portion inférieure du fémur ou de la partie supérieure du tibia est périphérique ou centrale, de là deux ordres de phénomènes.

Lorsqu'elle est périphérique, une douleur continue ou intermittente, suivant la cause de la maladie, commence par se manifester. La lésion est-elle due à la syphilis, la douleur est très-aiguë, et se montre surtout le soir et la nuit ; au rhumatisme, les changements de température la font paraître ou disparaître. Enfin la nécrose, suite de scorbut ou de scrofule, est le plus souvent indolente. La peau de la région poplitée conserve sa couleur normale, le genou s'engorge, le membre est lourd, les mouvements de l'articulation sont gênés ou douloureux. L'empâtement augmente et la fluctuation devient sensible, l'abcès s'ouvre, fournit un pus blanc et crémeux au début, séreux à la fin, et se ferme au bout de quelque temps, pour reparaître ensuite, ou bien il se forme un trajet fistuleux qui persiste jusqu'à ce que le séquestre soit éliminé.

La nécrose est-elle centrale, les symptômes offrent plus d'intensité. Elle débute par une douleur plus ou moins vive, continue ou intermittente ; l'empâtement est plus étendu que dans le cas précédent. Au début, il y a presque toujours une réaction générale, et sur la fin de la maladie, qui est toujours d'une longue durée, on observe l'épuisement de l'économie ; le fémur ou le tibia offrent du gonflement, et les abcès communiquent avec l'extérieur presque toujours par des trajets fistuleux.

L'introduction d'un stylet fait reconnaître une dénudation du fémur ou du tibia. Ils présentent une surface inégale ; si on percute le séquestre, il rend un son clair, et lorsque sa séparation s'est faite, on constate sa mobilité. Ce dernier phénomène est le symptôme pathognomonique de la maladie.

Tubercules des os. Après les vertèbres, il n'est aucun os qui présente aussi souvent l'affection tuberculeuse que le tibia et le fémur. Les tubercules s'y présentent sous divers états qui ont été parfaitement décrits par M. le professeur Nélaton (*Recherches sur l'affection tuberculeuse des os;* th. inaug., 1836, n° 376). On les rencontre à l'état d'enkystement et à l'état d'infiltration.

Lorsqu'un tubercule est enkysté, il est ordinairement situé au centre du tissu spongieux de l'un des deux os, il s'accroît dans tous les sens. Deux cas peuvent se présenter : ou bien il arrive à une surface non articulaire, il se forme un abcès ossifluent qui se vide, et la guérison arrive assez communément; ou bien la poche tuberculeuse s'ouvre dans l'articulation fémoro-tibiale, une arthrite excessivement intense se développe, et elle peut être suivie d'une désorganisation complète de toutes les parties articulaires.

Lorsqu'il y a infiltration tuberculeuse, la partie infiltrée se nécrose, il se forme un abcès ossifluent, et l'élimination du séquestre amène ordinairement la guérison. Dans d'autres cas, le cartilage lui-même disparaît ; mais, lorsque le produit morbide arrive à la cavité de l'articulation, celle-ci est presque toujours oblitérée, et on

n'observe pas cette réaction inflammatoire qui a lieu lorsque le tubercule est enkysté; le séquestre est éliminé, et la guérison arrive avec une ankylose du genou.

Cette maladie apparaît surtout chez les enfants de trois à quinze ans, d'un tempérament lymphatique; chez ceux qui sont prédisposés héréditairement à la phthisie, qui habitent des lieux bas et humides. La douleur en est le premier symptôme : au début, passagère et peu intense, elle finit par devenir assez vive ; cependant il n'en est pas toujours ainsi. M. le professeur Nélaton (loc. cit., p. 45) rapporte l'observation d'un enfant de douze ans, portant des tubercules enkystés dans l'épaisseur des condyles du fémur gauche, qui pendant longtemps éprouvait au genou une simple sensation de fatigue à des intervalles éloignés ; ce qui ne l'empêchait pas de courir et d'exécuter des mouvements étendus sans éprouver la moindre gêne. En général il existe cependant un peu de faiblesse de la jambe. Si l'on examine l'os malade, on sent, à une certaine époque, que son volume a augmenté. Ce phénomène est dû aux couches successives de tissu osseux qui se déposent autour de la partie malade. Le sujet présente, bien souvent en même temps, des tubercules dans les poumons ou dans d'autres organes. Ces divers symptômes augmentent peu à peu, et au bout de six mois, un an ou plus, on voit apparaître dans la région poplitée ou autour du genou une tumeur molle, fluctuante, qui s'accroît lentement, s'ouvre au dehors, et fournit un pus liquide, grumeleux, composé de flocons blancs, caséeux, suspendus dans une sérosité louche ; il se forme ensuite une fistule qui donne chaque jour une quantité variable de pus séreux, et finit par tarir et se cicatriser.

D'autres fois, une violente douleur se manifeste tout à coup dans le genou (alors le tubercule est arrivé jusqu'à la cavité articulaire). Elle augmente les jours suivants, une arthrite intense se manifeste, la peau du genou rougit ; un abcès se forme dans son voisinage, il s'ouvre et laisse couler un pus contenant des débris tuberculeux. La

suppuration continue, et le malade meurt dans le marasme ; ou bien elle cesse , et il se forme une ankylose du genou.

Maintenant que nous avons jeté un coup d'œil rapide sur les diverses maladies qui peuvent occasionner les abcès ossifluents de la région poplitée , résumons leurs principaux symptômes.

Une douleur se fait d'abord sentir dans le genou ; quelquefois vive et continue, elle est d'autres fois peu intense, passagère, et n'apparaît qu'à de longs intervalles ; souvent elle ne consiste qu'en un peu de gêne de l'articulation, un peu de faiblesse du membre ; elle peut même ne pas exister. Les choses restent dans cet état pendant plusieurs mois, avec des exacerbations et des rémissions. Si l'on examine l'os malade, on trouve qu'il a un peu augmenté de volume ; puis on voit se former sous l'aponévrose une tumeur molle, présentant dans toute son étendue une fluctuation qui se montre d'emblée. Aucun symptôme inflammatoire n'apparaît ; la peau conserve sa température et sa coloration normales ; l'abcès, contenu par l'aponévrose, fait peu de saillie, mais il s'étend en haut et en bas, et on peut percevoir la fluctuation entre les deux jumeaux, entre le demi-membraneux et le biceps jusqu'au troisième adducteur.

Ces abcès présentent un développement excessivement lent, ils peuvent même rester stationnaires pendant des mois et des années ; ils ne paraissent exercer aucune influence fâcheuse sur l'économie, cependant ceux qui les portent sont souvent valétudinaires. Enfin l'abcès arrive jusqu'à la peau ; celle-ci rougit , devient chaude , s'ulcère , et donne issue au pus.

Diagnostic. Des phénomènes d'inflammation, suivis de la formation d'une umeur fluctuante , sont les signes caractéristiques d'une collection de pus. Pour les abcès superficiels de la région poplitée, l'inflammation est manifeste , la fluctuation est facile à percevoir : aussi le doute est-il impossible , et ne nous en occuperons-nous pas davantage. Il n'en est pas de même pour les abcès profonds ; si l'in-

flammation a été peu prononcée, si elle siége dans les os, si la collection purulente est peu considérable, le doute s'élève souvent dans l'esprit du chirurgien : en effet, l'aponévrose qui recouvre l'abcès est dense et résistante, elle rend difficile la perception de la fluctuation, et les antécédents ne sont pas assez tranchés pour éclairer la question. D'ailleurs diverses tumeurs siégeant dans cette région peuvent donner une sensation presque identique : ce sont l'anévrysme de la poplitée, le lipome, le cancer encéphaloïde, etc. Nous en ferons le diagnostic lorsque nous parlerons de ces maladies. Mais disons tout d'abord qu'on est souvent obligé d'avoir recours à la ponction exploratrice qui donne issue à du pus quand il y a abcès et rend ainsi le diagnostic clair et précis.

Il ne suffit pas d'avoir reconnu l'existence d'un abcès, il faut encore savoir quelle est sa nature. Est-il chaud ou froid ? l'acuité des symptômes, une marche rapide, indiqueront un abcès chaud ; tandis qu'une inflammation peu prononcée, une marche lente, annonceront un abcès froid.

Mais l'abcès chaud peut être la conséquence d'un phlegmon ou d'une adénite terminés par suppuration. Ici la distinction est peu utile pour la pratique, et le plus souvent difficile à établir, car les deux maladies se compliquent ordinairement. Les antécédents seront de précieux signes diagnostiques. La préexistence d'une tumeur assez volumineuse, rénitente, égale, indiquera un abcès phlegmoneux ; tandis que deux ou trois petites tumeurs séparées l'une de l'autre ou bien réunies, et formant une masse bosselée, sont propres à l'adénite. Les abcès phlegmoneux contiennent, du reste, une quantité de pus bien plus considérable que ceux qui sont la conséquence de l'adénite.

Un abcès froid peut être idiopathique ou symptomatique. Le diagnostic est ici de la plus haute importance et pour le pronostic et pour le traitement, mais il faut avouer qu'il est bien souvent incertain avant que l'abcès ait été ouvert. En effet, la douleur sur un

point éloigné, ayant précédé la formation de la tumeur et annonçant la maladie osseuse, occupe ici à peu près le même siége que lorsqu'elle est la conséquence d'un engorgement chronique de la région poplitée ; quelquefois même elle n'a pas existé. La tuméfaction du fémur et du tibia n'est pas toujours sensible ; cependant les antécédents et la marche de la maladie peuvent mettre sur la voie. Ainsi, les douleurs des os sont ordinairement plus vives et plus constantes que celles qui dépendent d'un engorgement chronique des parties molles; elle se font surtout sentir la nuit. Une induration plus ou moins étendue du creux poplité, induration qui ne disparaît qu'à mesure que la suppuration se produit, précède toujours l'abcès idiopathique. L'abcès ossifluent se forme au contraire de toutes pièces ; on ne trouve pas de cercle induré autour de lui, à aucune période de son existence; il acquiert ordinairement un volume plus considérable, et a une marche plus lente que l'abcès idiopathique. Si l'abcès est la conséquence de tubercules, il ne sera pas rare de trouver de ces derniers dans d'autres points de l'économie, dans les poumons par exemple.

La ponction exploratrice ou l'ouverture de la collection purulente donneront un pus bien différent dans les deux cas. Comme nous l'avons déjà dit, le pus d'un abcès froid idiopathique est liquide, visqueux, filant, demi-transparent, il exhale une odeur fade et nauséabonde, et contient des grumeaux blancs, opaques, caséeux ; le pus d'un abcès ossifluent offre d'autres caractères. C'est ici le lieu de rappeler les expériences de M. d'Arcet. L'introduction d'un stylet montrera que l'os est presque toujours sain et recouvert de parties molles dans le premier cas, tandis qu'il est altéré et dénué dans le second. La marche, la durée de la maladie, viendront enfin confirmer le diagnostic.

Quelle est la nature de l'abcès ossifluent ? telle est la question que le chirurgien doit se poser en dernier lieu. Les tubercules du tibia et du fémur sont presque l'apanage de l'enfance, tandis que l'ostéite, la carie, la nécrose, appartiennent plus spécialement à la jeu-

nesse et à l'âge adulte. Ces trois maladies surviennent souvent à la suite de violences extérieures, tandis que la première est toujours spontanée, et souvent héréditaire. Elles se développent, il est vrai, chez les mêmes tempéraments, mais les tubercules n'existent presque jamais dans cette région seulement; on les rencontre souvent dans le poumon ou dans un autre organe. La douleur qui accompagne leur développement est ordinairement moins vive, elle ne consiste souvent qu'en un peu de gêne de l'articulation, elle précède d'un temps bien plus long la formation de la tumeur. Enfin cette maladie a un retentissement bien plus manifeste sur l'économie.

Il est presque impossible de différencier au début l'ostéite de la carie et de la nécrose, car les deux dernières maladies sont presque toujours la conséquence de la première. L'ostéite présente cependant une marche plus rapide que la carie et la nécrose, elle est plus souvent la suite de violences extérieures, et est plus commune chez les personnes bien constituées, que les deux affections précédentes. Dans la nécrose, l'abcès peut se cicatriser, puis reparaître une ou plusieurs fois, jusqu'à ce que le séquestre soit expulsé.

Le pus présente des différences dignes d'être signalées : celui de l'ostéite suppurée est blanc, crémeux, inodore, homogène, bien lié au début; il devient séreux à la fin; il offre, en définitive, les caractères physiques de celui des parties molles. Celui de la carie est sanieux, séreux, mal élaboré, et contient de petits fragments d'os gros comme des grains de sable. Celui de la nécrose offre les mêmes caractères que celui de l'ostéite. Enfin, le pus tuberculeux est séreux, mal lié, et contient des débris de cette production anormale.

Si l'on introduit un stylet dans l'abcès, on arrive sur la portion d'os malade, et l'on éprouve diverses sensations, suivant le mode d'altération. Dans l'ostéite et la nécrose, l'os est dénudé, rugueux, inégal, il a conservé sa consistance normale. Existe-t-il un séquestre, en le percutant on obtient un son clair, et s'il est mobile, il est facile de constater cette mobilité qui est un signe pathognomonique. Dans la carie, au contraire, le tissu du fémur ou du tibia est ramolli

au point de se laisser traverser par le stylet, sous l'influence du plus petit effort; cette pénétration est accompagnée d'une crépitation qui ne peut plus laisser de doutes. Dans l'infiltration tuberculeuse l'os a conservé sa consistance normale, elle est même quelquefois augmentée; aussi le moyen d'exploration que nous indiquons n'éclaire-t-il la question de savoir s'il y a tubercules, ostéite ou nécrose, que lorsqu'il s'est formé une cavité dans l'os ou un séquestre.

Ces diverses lésions tiennent-elles à un vice syphilitique, rhumatismal, goutteux, etc.? C'est ce qu'indiqueront les antécédents et l'état général du sujet.

CHAPITRE II.

TUMEURS NON INFLAMMATOIRES.

Le caractère générique de ces tumeurs est de ne présenter aucun phénomène inflammatoire dans leur formation. Comme nous l'avons déjà fait observer, lorsqu'elles ont acquis un certain volume, elles peuvent, surtout dans la région poplitée, irriter, enflammer les parties environnantes; mais les symptômes inflammatoires qui se développent alors ne sont qu'accessoires, ils viennent seulement compliquer la maladie première, et lui fournir souvent un mode de terminaison.

§ I. — Tumeurs liquides.

I. Contusion. — Cette lésion n'offre rien de particulier à la région poplitée, aussi les auteurs n'en font-ils aucune mention spéciale.

1° *Contusion au premier degré.* — Si un corps contondant a agi

sur la peau du creux poplité, on voit se former une tache violacée, bleuâtre, quelquefois noirâtre, et dans ce cas l'ecchymose ne présente une teinte moins foncée qu'à sa circonférence ; elle augmente bientôt d'étendue, puis elle prend peu à peu une teinte verdâtre, jaunâtre, et disparaît au bout de quelques jours. Ces divers phénomènes indiquent la décomposition successive et l'absorption du sang épanché.

Tels sont les phénomènes qui annoncent une ecchymose sous-cutanée. Souvent, à la suite de luxation du genou ou de fracture du fémur, il se forme des ecchymoses sous-aponévrotiques. Elles présentent les mêmes caractères; ils sont seulement moins prononcés. Ces ecchymoses n'apparaissent, du reste, que quelques jours après l'accident, car l'aponévrose retarde, et peut même empêcher leur propagation. Ainsi l'époque de leur apparition indiquera leur siége.

Cette lésion ne pourrait être confondue qu'avec l'ecchymose spontanée, qui est très-rare au jarret; l'étiologie rendra, du reste, toute incertitude impossible.

2° *Contusion au deuxième degré.* — Ici la trame organique est déchirée, il y a épanchement et collection d'une certaine quantité de sang, ou bien il est repris par imbibition, et il se produit une ecchymose, ou bien il se forme autour de l'épanchement une membrane de nouvelle formation; le sang se décompose en deux parties, l'une séreuse, et l'autre coagulée, qui sont absorbées successivement. Quelquefois l'une ou l'autre de ces parties persiste indéfiniment. Enfin le sang épanché peut agir comme corps étranger, enflammer les parties voisines, et déterminer un abcès sanguin.

Une tumeur plus ou moins étendue, molle, fluctuante, presque indolente, survenue à la suite d'une violence extérieure, avec une teinte légèrement bleuâtre de la peau, indiquera une contusion au second degré de date récente. Si on sent que la tumeur est formée par une liquide contenant des petits corps solides dans son inté-

rieur, corps dont l'existence sera constatée par le toucher, qui donne alors, comme l'a très-bien décrit A. Bérard, la sensation d'amidon en poudre pressé entre les doigts, on pourra en conclure que la coagulation s'est déjà opérée. Enfin l'apparition des symptômes inflammatoires annoncera un abcès sanguin.

Diagnostic. Lorsque cette contusion est sous-aponévrotique, et que la peau a conservé sa coloration normale, on pourrait la confondre avec un abcès froid, une hernie de la synoviale articulaire, un kyste, une tumeur érectile. La production spontanée de la tumeur, sa cause traumatique, sa marche, ne permettent pas le doute. Il n'en est pas de même de l'anévrysme faux primitif (voir cette maladie).

3° *Contusion au troisième et au quatrième degré.* — Ces lésions sont rares dans la région poplitée, et lorsqu'elles existent, elles sont toujours liées à des maladies plus graves. Dans le troisième degré, les parties sont d'abord froides, livides, insensibles, puis la chaleur y reparaît, une inflammation se développe dans la partie contuse et amène un phlegmon, ou un érysipèle, ou une grangrène avec élimination de l'eschare. Dans le quatrième degré, l'inflammation se développe dans les parties voisines et provoque la chute de la partie morte.

II. TUMEURS ÉRECTILES. — Les tumeurs érectiles sont cutanées ou sous-cutanées. On les observe surtout à la partie supérieure du tronc et aux membres thoraciques; la région poplitée n'en est cependant pas exempte. Elles sont congénitales ou apparaissent dans les premières années qui suivent la naissance. Les tumeurs érectiles cutanées sont d'un diagnostic facile, aussi suffira-t-il d'en énumérer les symptômes.

1° *Cutanées.* — On les reconnaît, lorsqu'elles débutent, à une

petite tache ordinairement circulaire, bien circonscrite, ressemblant à une piqûre de puce, offrant à l'époque de la naissance une couleur rouge-carmin assez vive, et une petite élévation au-dessus des téguments. Cette tache s'agrandit, forme un léger relief, et présente une surface grenue, luisante. Ordinairement circulaire, la tumeur est quelquefois irrégulière, et peut même être globuleuse et pédiculée. Elle augmente de volume, et prend une teinte foncée pendant la marche, les efforts, les cris. L'usage des jarretières à la partie inférieure de la cuisse produit le même effet. Sa température est un peu plus élevée que celle des parties voisines; elle est indolente, molle au toucher, se ride, se flétrit, et disparaît sous une légère pression pour reparaître ensuite.

Ces tumeurs présentent quelquefois des battements isochromes aux pulsations artérielles, accompagnées d'un bruit de susurrus. Ce sont des symptômes rares, que A. Bérard n'a observés que lorsque la tumeur était placée sur le voisinage d'une artère. Leur accroissement est lent ou rapide, il se fait d'une manière continue ou par saccades. Quelquefois on voit à la surface de ces tumeurs de petites excoriations qui fournissent assez de sang pour constituer une hémorrhagie inquiétante; mais ce fait est très-rare, le plus souvent l'hémorrhagie cesse d'elle-même, ou une légère compression la fait disparaître. D'autres fois, d'après A. Bérard, la surface de ces tumeurs est recouverte de petites ulcérations qui fournissent un pus sanieux, puis se cicatrisent, et arrêtent le développement de la tumeur dans le point où elles existaient.

2° *Sous-cutanées.* — Elles débutent ordinairement par une tache bleuâtre au-dessous de laquelle apparaît une tumeur bien circonscrite au début. De sa circonférence partent bientôt des veines qui se propagent dans tous les sens, laissant entre elles des espaces vides. et la tumeur revient irrégulière. Si on comprime les veines situées au-dessus, elle se tuméfie et prend une couleur violacée; elle s'affaisse, au contraire, si on exerce la compression au-dessous; elle se

ride et devient flasque sous une pression légère, donne au toucher la sensation d'un corps mollasse et spongieux, et présente quelquefois de la fluctuation et des pulsations. Ces tumeurs acquièrent parfois un volume très-considérable; tel est le cas cité par Boyer. Elles s'accroissent plus ou moins rapidement jusqu'à la puberté, où elles restent ordinairement stationnaires, et offrent rarement ces excoriations et ces ulcérations qui se manifestent dans l'autre variété.

En voici un cas remarquable, rapporté par M. le Dr Liston (*Medico-chirurg. transact.*, 2e série, t. 8) :

« Un enfant de dix ans fut amené à l'hôpital avec une tumeur du jarret droit, dont on s'était aperçu deux années auparavant; elle avait alors un petit volume, et ne causait aucune gêne; mais elle s'accrût peu à peu, et au bout d'une année la mère consulta un chirurgien, qui constata des pulsations distinctes, mais n'entendit aucun bruit dans la tumeur. Un séton fut appliqué sur elle, et retiré au bout de quelques jours, c'est-à-dire lorsque la suppuration parut bien établie; néanmoins la tumeur continua à s'accroître.

« Elle a maintenant une forme ovalaire avec son grand diamètre dirigé dans le sens de l'axe du membre. Sa longueur est de 3 pouces et demi; son volume est celui d'un œuf de poule. Elle occupe la partie supérieure de l'espace poplité droit. La peau qui la recouvre n'a point changé de couleur; on n'y sent aucune pulsation, on n'y entend aucun bruit. Sa pression n'est point douloureuse. Cette tumeur est élastique, et donne une sensation obscure de fluctuation, sutout lorsque le membre est étendu.

« M. Liston pensa qu'il s'agissait d'une tumeur solide ; il crut néanmoins devoir pratiquer une ponction exploratrice, qui donna issue à une grande quantité de sang noir. Craignant que la veine saphène externe n'eût été ouverte, il fit une seconde ponction, qui ne donna issue à aucun liquide; alors la tumeur fut mise à découvert, disséquée, et enlevée. La circonstance la plus importante de cette

opération, fut que la tumeur était unie au muscle demi-membraneux, dont il fut nécessaire d'enlever une portion. En l'examinant après l'ablation, on reconnut qu'elle était formée par un tissu aréolaire rempli de sang. C'était une tumeur érectile, environnée d'une grande quantité de graisse, au milieu de laquelle la seconde ponction s'était arrêtée. M. Liston pense que ce tissu érectile accidentel, indépendant de la peau, avait probablement pris origine dans le muscle demi-membraneux. L'enfant a bien guéri. »

Diagnostic. L'époque à laquelle apparaissent ces tumeurs, leur marche, leur cause inconnue, leur indolence, les différencient complétement de toutes celles que nous avons étudiées. On pourrait les confondre avec le lipome, surtout lorsqu'elles sont entourées d'une grande quantité de graisse, comme dans l'observation précédente, et lorsque la peau a conservé sa coloration normale (voir *Lipome*).

III. VARICES. — La varice de la veine saphène externe dans la région poplitée est assez commune; surtout fréquente dans l'âge adulte et la vieillesse, elle est caractérisée par une tumeur indolente, assez exactement circonscrite, située sur le trajet de la veine, disparaissant sous une pression légère pour reparaître aussitôt que la pression est supprimée. La peau offre ses caractères normaux, et laisse apercevoir la coloration bleuâtre de la tumeur; la veine présente dans d'autres points des altérations semblables, et laisse apercevoir des nodosités plus marquées, à mesure que la maladie fait des progrès. Si l'on comprime la tumeur, on perçoit quelquefois un frémissement produit par le liquide qui s'échappe. Cette tumeur peut acquérir un volume assez considérable; alors le membre s'engorge, une tension douloureuse se manifeste, surtout après un exercice forcé, et ces accidents sont diminués par le repos et la position horizontale. La compression de la veine au-dessus fait gonfler la

tumeur ; la compression au-dessous produit l'effet inverse. Dans une troisième période, l'engorgement augmente, les téguments prennent une coloration brune, ils contractent des adhérences avec la tumeur. Lorsque la tension est à son summum, la moindre violence extérieure cause la rupture de la tumeur; l'hémorrhagie est ordinairement abondante, et le sang jaillit par saccades comme s'il venait d'une artère; il se forme quelquefois sur ces tumeurs des ulcères ordinairement rebelles.

Diagnostic. Si l'on ne faisait attention qu'à la coloration de la peau, on pourrait croire à une contusion au deuxième degré; mais l'absence de violence extérieure, l'ancienneté de la tumeur, son siége, sa réductibilité, la facilité de sa reproduction quand on ne la comprime plus, les phénomènes produits par la compression de la veine au-dessus et au-dessous, la coexistence de tumeurs semblables sur le trajet de la saphène externe, montreront bientôt qu'on a affaire à une tumeur variqueuse.

IV. Anévrysmes. — Les anévrysmes de l'artère poplitée sont traumatiques ou spontanés. A quoi tient la fréquence de ceux-ci? C'est ce que les auteurs ont expliqué de diverses manières. Il me semble que la position de l'artère, et sa direction rectiligne derrière une articulation à mouvements brusques et étendus comme celle du genou, exercent une certaine influence sur la production de cette maladie. En effet, l'artère poplitée, à la suite de petits tiraillements souvent répétés, doit subir dans sa structure des altérations qui diminuent la solidité de ses membranes. C'est, du reste, ce que paraît confirmer la table de J. Hodgson, qui, sur quatorze cas d'anévrysmes de la poplitée, en a vu treize chez l'homme et un seul chez la femme (J. Hodgson, *Traité des maladies des artères et des veines*, traduction de G. Breschet, t. 1, p. 103). Quoi qu'il en soit, il est de la plus haute importance de diagnostiquer le plus tôt possible une

tumeur anévrysmale; car moins elle sera ancienne, et plus on aura de chances de guérison.

1° *Anévrysme spontané.* — Comme l'artère est située profondément, la tumeur peut rester longtemps ignorée et n'être aperçue par le malade que lorsqu'elle gêne les mouvements du genou. Peu volumineuse à son début, elle présente une forme ovoïde, arrondie, et disparaît lorsqu'on la comprime, pour reparaître brusquement aussitôt que l'on cesse la compression. Elle offre des pulsations isochrones au pouls, et à chaque diastole un mouvement d'expansion dans tous les sens, qu'il faut bien se garder de confondre avec une sensation presque analogue, produite par les battements de l'artère contre une tumeur molle de la région poplitée. L'auscultation dénote un bruit de soufflet plus ou moins râpeux, assez intense. Ces trois phénomènes disparaissent si l'on comprime l'artère fémorale; ils augmentent, au contraire, d'intensité, si l'on intercepte la circulation entre la tumeur et la périphérie.

Arrêtée en avant par les os, et en arrière par l'aponévrose, la tumeur s'étend en largeur ou de haut en bas. Son siége précis est assez souvent difficile à déterminer. En effet, si la tumeur est située à la partie inférieure de l'artère, les muscles du mollet la recouvrent et empêchent une délimitation exacte; si elle existe, au contraire, à la partie supérieure, le tendon du troisième adducteur et l'aponévrose qui recouvre antérieurement la terminaison de la fémorale résistent à l'impulsion du sang, et le sac se porte dans le creux du jarret.

Déjà, à cette époque, des phénomènes de compression se manifestent. Ainsi le malade éprouve dans le membre des fourmillements, des picotements, des douleurs sourdes; un peu d'œdème apparaît à la jambe. Au bout d'un temps plus ou moins long, l'aponévrose cède, la tumeur acquiert un volume assez considérable, et remplit une grande partie du creux poplité; puis, tout à coup, à la suite d'un effort, d'une violence extérieure, le malade ressent une dou-

leur vive et une sensation de déchirure dans le jarret; la tumeur éprouve un grand accroissement qui fait chaque jour de nouveaux progrès. Elle n'est plus circonscrite, et devient diffuse, inégale, dure; elle ne disparaît plus entièrement par la pression; les battements sont obscurs, surtout à la circonférence, et se réduisent à un léger frémissement, ils disparaissent même quelquefois entièrement; le bruit de râpe persiste toujours.

Alors les signes de compression deviennent plus manifestes; les veines sont dilatées, la jambe est œdématiée; les tendons du biceps, du demi-tendineux, du demi-membraneux, sont écartés de leur direction normale; le nerf sciatique est quelquefois aplati, désorganisé; le ligament postérieur de l'articulation, le fémur, le tibia, sont usés, érodés. Enfin on possède des exemples de gangrène de la jambe par interruption de la circulation, à la suite d'anévrysme de l'artère poplitée.

D'autres fois l'anévrysme développe autour de lui une inflammation phlegmoneuse, comme l'a signalé le professeur Delpech, le premier, et l'on voit se succéder une foule d'abcès chauds.

La tumeur peut rester stationnaire avant d'avoir acquis un volume considérable; elle se durcit, et finit par ne présenter que des battements très-faibles, ceux-ci disparaissent même, la tumeur devient complétement dure, et les signes anamnestiques seuls indiquent l'existence d'une tumeur anévrysmale guérie. Tel est le fait rapporté par A. Bérard, d'un anévrysme de l'artère poplitée, qui, après sa guérison, fut pris pour une exostose du fémur. L'amputation du membre fut pratiquée à l'hôpital Saint-Barthelemy, à Londres (Dict. en 30 vol., t. 3, p. 30); mais cette terminaison heureuse est très-rare. Le plus souvent, lorsque l'anévrysme a acquis un volume considérable, son sac contracte des adhérences avec la peau; celle-ci s'enflamme, se mortifie, l'eschare tombe, le kyste se rompt, et une hémorrhagie mortelle en est la conséquence; ou bien l'ulcération du kyste ne se fait que quelque temps après celle de la peau; ou bien enfin le sac se rompt sans que la peau ait subi aucune altération, et le sang s'é-

panche plus ou moins loin. Voici deux observations remarquables de ce dernier mode de terminaison.

Ligature de l'artère fémorale pratiquée avec succès dans un cas d'anévrysme de l'artère poplitée, par M. le Dr J.-B. Wright

(*Medico-chirurg. transact.*, t. 32, p. 167; 1849).

«Un grenadier de la garde, âgé de trente-sept ans, d'une bonne constitution, entra à l'hôpital pour une douleur vers le genou gauche, qu'il attribuait à un rhumatisme. Six jours auparavant, il avait senti de la douleur dans l'articulation, et avait reconnu l'existence d'une tumeur dans le creux poplité. Effectivement il existait dans cet endroit une tumeur solide, pulsatile, de la forme et du volume d'une grosse orange, dont la nature ne pouvait être mise en doute. Les veines superficielles de la jambe étaient un peu dilatées, et cette portion du membre inférieur légèrement œdémateuse; il n'y avait pas de trace de maladie du cœur. On résolut d'employer la compression. On appliqua, en effet, un tourniquet italien sur la fémorale, un peu au-dessus de l'anneau du troisième adducteur; mais le malade ne put le supporter d'une manière suivie, et, chose plus fâcheuse, la dilatation des veines superficielles augmenta, ainsi que l'empâtement du membre. Cependant on continua la compression. Déjà la tumeur paraissait avoir diminué de volume; elle était plus dure, ses pulsations étaient plus obscures, lorsqu'au huitième jour du traitement par la compression, sans aucun mouvement de la part du malade, le genou devint le siége d'une douleur très-vive, bientôt suivie d'une tuméfaction rapide des parties voisines. Au côté interne de l'articulation, on découvrit une nouvelle tumeur, du volume des deux poings, circonscrite, aplatie, pulsative, et faisant une saillie considérable. Il était évident que le sac anévrysmal s'était déchiré; trois heures après, on procédait à la ligature de l'artère fémorale. Elle suspendit les battements dans la tumeur, le

membre se tuméfia un peu, les veines superficielles devinrent plus turgescentes, la peau du membre un peu plus chaude ; mais ces accidents furent de courte durée, le sang épanché se résorba graduellement ; la tumeur anévrysmale diminua par degrés, la ligature tomba le vingt-sixième jour, et la guérison ne se fit pas attendre. Un an après, la tumeur était réduite aux deux tiers de son volume et gênait à peine le malade. Cependant, quand il prenait beaucoup d'exercice, il éprouvait quelques crampes dans le mollet ; il y avait peu d'enflure autour des malléoles. »

Anévrysme de l'artère poplitée; rupture dans le tissu intermusculaire, par M. S. Cooper

(*Archives gén. de méd.*, 2e série, t. 1, p. 281 ; 1833).

« M. Lucas, âgé de quarante-huit ans, grand et robuste, sujet à la goutte, portait une tumeur qui remplissait le creux du jarret, et s'étendait de chaque côté des condyles du fémur jusqu'à la rotule, et profondément en bas un peu sous les muscles jumeaux ; les pulsations étaient fortes et sensibles à la vue et au toucher. La peau était rouge et enflammée en un point à la partie postérieure ; le pied était engourdi, et la jambe considérablement tuméfiée par l'engorgement. La maladie existait depuis cinq ans, et avait été attribuée à une affection rhumatismale ou goutteuse du genou par le malade, qui n'avait cessé de s'occuper de ses affaires ordinaires. M. S. Cooper proposa de suite la ligature de la fémorale, mais le malade demanda huit ou dix jours pour remplir quelques engagements. Trois ou quatre jours après, il eut une violente attaque de goutte dans le pied droit et les deux poignets ; elle dura une quinzaine de jours, et quand elle fut dissipée, on remarqua que les battements de la tumeur avaient subi une diminution considérable, sans changement dans l'aspect général de la tumeur et du membre, excepté une légère coloration purpurine qui s'était établie un peu au-dessus de la

malléole interne. L'engourdissement du pied était un peu augmenté. Cinq jours plus tard, la coloration était plus évidente et ressemblait à une ecchymose; le pied était devenu tout à coup extrêmement froid ; à la cheville et au cou-de-pied, il y avait quelque sensibilité ; elle était nulle aux orteils ; la tumeur n'offrait plus de battements ; sous tous les autres rapports, le membre n'avait éprouvé aucun changement. Comme la tumeur n'avait point changé de forme et n'avait rien perdu de sa fermeté, comme la jambe n'avait point augmenté de volume, M. S. Cooper ne soupçonna pas la rupture de la poche anévrysmale en un point profondément situé; il pensa, au contraire, que ces nouveaux symptômes pouvaient être favorables. Cependant, l'abaissement subit de la température du pied et l'accélération du pied ayant fait naître quelques doutes dans son esprit, il appela en consultation le D[r] Lawrence. Ce chirurgien, en appliquant l'oreille sur la tumeur, perçut un bruit de soufflet qui, suivant lui, indiquait le passage du sang dans la tumeur ; en conséquence il recommanda la ligature de l'artère fémorale ; mais, comme le membre avait peu à peu recouvré sa chaleur normale, M. S. Cooper pensa qu'il se faisait peut-être un travail vers la guérison, et, malgré le bruit de soufflet, il différa l'opération. Deux jours après, la gangrène était imminente : la tumeur était aussi volumineuse que jamais, le gonflement de la jambe n'avait point diminué, le bruit de soufflet était encore perceptible ; le retour apparent de la chaleur de la jambe provenait, à la dernière visite, de l'emploi soutenu des fomentations, et n'avait pas été durable ; le pouls avait augmenté de fréquence : toutes ces raisons firent adopter la ligature de l'artère fémorale, après laquelle le bruit de soufflet disparut. La gangrène se déclara cinq jours après l'opération ; on fit l'amputation environ 1 pouce et demi au-dessus de la ligature de l'artère fémorale, qui ne donna pas de sang. Le lendemain de l'opération, le pouls tomba de beaucoup, et au bout de six semaines, le malade était complétement guéri.

« La poche anévrysmale, qui était d'une grandeur extraordinaire,

était remplie de sang coagulé ; elle s'était ouverte à sa partie la plus profonde, sous les muscles jumeaux ; le sang s'était répandu en grande quantité dans le tissu cellulaire intermusculaire; on en trouva jusqu'au talon et autour du tendon d'Achille. »

Diagnostic. D'après les caractères que je viens de signaler, il est presque impossible de confondre un anévrysme de l'artère poplitée, à sa première période, avec aucune autre tumeur du jarret ; quelques tumeurs molles offrent cependant une analogie apparente avec lui : ce sont, parmi celles que nous avons étudiées, l'abcès froid, la contusion sous-aponévrotique au deuxième degré, et la tumeur érectile sous-cutanée.

Ainsi, lorsqu'une de ces tumeurs est sous-aponévrotique, et qu'elle est placée ou à la partie antérieure ou à la partie postérieure de l'artère, ou qu'elle est traversée par celle-ci, elle est agitée de mouvements alternatifs qui peuvent faire croire aux battements et à l'expansion de la tumeur anévrysmale. L'erreur sera bientôt rectifiée, si l'on fait attention que, dans le premier cas, les battements n'ont lieu que sur le trajet d'une ligne qui représente le trajet de l'artère ; que, dans le second, c'est un mouvement de soulèvement de toute la tumeur ; que, dans le troisième, s'il existe des mouvements expansifs, ils sont transmis par une couche liquide, et ont peu de force; mais on ne rencontre jamais cette expansion forte de la tumeur anévrysmale à sa première période.

Les tumeurs par contusion et les abcès sont irréductibles, l'anévrysme disparaît sous une pression modérée. Les premières sont survenues tout à coup à la suite d'une violence extérieure, et ont peu de durée ; les abcès sont presque toujours précédés et accompagnés de douleurs plus ou moins vives ; l'anévrysme se développe spontanément, a une marche lente, et est indolent à son début Quant aux tumeurs érectiles sous-cutanées, elles ne présentent pas la mollesse des tumeurs anévrysmales, leur réduction complète est presque impossible, et lorsque l'on cesse la compression, elles ne

se reproduisent pas tout à coup comme l'anévrysme ; elles font entendre un bruit de susurrus. Si l'on comprime le paquet des vaisseaux poplités au-dessus d'une tumeur érectile, elle gonfle, tandis que l'anévrysme diminue. La compression au-dessous produit l'effet inverse. La tumeur érectile est l'apanage de l'enfance ; l'anévrysme, celui de l'âge adulte. Enfin aucune de ces tumeurs ne donne à l'oreille le bruit de souffle râpeux que l'on entend dans l'anévrysme.

Lorsque la tumeur anévrysmale est ancienne, remplie de caillots, qu'elle ne diminue qu'un peu sous la pression, que les pulsations y sont faibles, à peine sensibles, ou n'existent même pas ; que la compression des vaisseaux au-dessus et au-dessous de la tumeur ne fournit que des signes négatifs, le diagnostic devient plus difficile. L'absence ou l'existence du bruit de souffle râpeux éclairera la question ; l'on a d'ailleurs recours aux circonstances commémoratives. L'existence antérieure d'une tumeur présentant les caractères de l'anévrysme, et ayant suivi sa marche, annoncera cette maladie.

D'autres fois le tissu cellulaire qui entoure la tumeur anévrysmale s'engorge, s'enflamme, et il se forme des abcès. Encore aux antécédents et aux quelques signes que l'on peut percevoir, au moment où l'on est appelé près du malade, à mettre sur la voie. Il en est de même lorsque l'anévrysme s'est guéri spontanément, et forme une tumeur dure, de manière à simuler une exostose, par exemple. Enfin, lorsqu'on sera dans le doute, on pourra avoir recours, si les accidents exigent une détermination prompte, à une ponction exploratrice.

La rupture du sac sous la peau, terminaison assez fréquente de l'anévrysme de la poplitée abandonné à la nature, est annoncée par la déformation subite de la tumeur, et par les symptômes que nous allons décrire au sujet de l'anévrysme faux primitif. Mais la poche peut se rompre profondément sous les muscles de l'aponévrose, comme dans le fait de S. Cooper ; et alors les symptômes ne sont plus aussi tranchés. Le sang se répand et s'infiltre dans le tissu cellu-

laire intermusculaire, sans changer l'aspect de la tumeur et du membre. On reconnaîtra cet accident après la cessation ou la diminution des battements de l'anévrysme, au bruit de souffle signalé par S. Cooper, à l'accélération du pouls et aux autres symptômes généraux, qui n'existeraient pas si la cessation des battements était due à un travail de guérison spontanée, à l'abaissement subit de la température de la jambe, à la coloration rouge ou livide qui s'établit dans un point quelconque de cette partie du membre.

2° *Anévrysme faux primitif.* — A la suite d'une plaie du jarret, d'une fracture du fémur un peu au-dessus de ses condyles, d'une luxation de l'articulation du genou, une tuméfaction considérable se montre d'abord dans le creux poplité, puis elle franchit bientôt ces limites, et s'étend du côté de la jambe et de la cuisse. Le membre se tuméfie, la peau est tendue ; elle n'offre primitivement aucun changement de coloration ni de température, mais elle se refroidit bientôt, et prend une teinte foncée, puis bleuâtre et livide. Le pied devient froid ; si l'on explore avec la main la région poplitée, on n'y trouve presque jamais de fluctuation, mais une tension élastique. Quelquefois on sent de légers battements isochrones à ceux du pouls et un peu de frémissement. L'auscultation ne dénote rien.

Bientôt, lorsque l'infiltration sanguine a envahi la jambe, celle-ci présente un engorgement œdémateux ; le sang s'altère, le foyer s'enflamme ; un refroidissement et une tuméfaction considérables de tout le membre apparaissent, il se forme des phlyctènes remplies d'une sérosité fétide, et la gangrène se déclare.

D'autres fois l'infiltration se borne à la région poplitée ; le sang épanché se coagule, puis il est absorbé ; la tuméfaction diminue peu à peu, et il se forme un anévrysme faux consécutif. Dans quelques cas rares, l'oblitération du vaisseau s'opère, le sang est résorbé et la guérison est complète. Enfin l'infiltration peut n'avoir lieu que quelques jours après l'accident, à la chute de l'eschare, si une portion

des parois artérielles a été seulement contuse. Mais c'est un fait exceptionnel, car alors l'artère est ordinairement oblitérée.

Diagnostic. Lorsque l'infiltration envahit une grande partie du membre, et c'est le cas le plus ordinaire, ou qu'elle est survenue à la suite d'une plaie, le doute n'est pas possible; mais si elle se borne à la région poplitée, et qu'elle survienne à la suite d'une fracture du fémur, on pourrait croire à une contusion au deuxième degré du tissu cellulaire sous-aponévrotique. Quelques signes éclaireront le diagnostic. L'épanchement survenant après une contusion est moins considérable que celui qui est à la suite d'une plaie de l'artère poplitée. Après une contusion, la tumeur acquiert tout son développement dans quelques heures, tandis que à la suite d'une lésion artérielle, elle augmente pendant plusieurs jours. Les battements des artères de la jambe diminuent très-peu dans le premier cas, ils deviennent presque nuls dans le second. Si l'on perçoit dans la tumeur des battements et un frémissement, on devra croire à une plaie de l'artère. La marche de la seconde maladie est bien plus lente que celle de la première. D'ailleurs ne pourrait-on pas faire une ponction exploratrice qui donnera dans le premier cas un sang noir ou de la sérosité, et dans le second du sang artériel, sortant par saccades? Cette opération offre une innocuité presque complète, pourvu que le chirurgien soit prêt à agir, s'il y a lésion de l'artère.

3° *Anévrysme faux consécutif.* — L'anévrysme faux consécutif survient à la suite d'une plaie, ou comme conséquence d'une rupture spontanée de l'artère poplitée. Il présente les caractères de l'anévrysme vrai, seulement il a une marche plus lente; la peau qui recouvre la tumeur offre ordinairement une cicatrice; on entend et on sent un léger bruissement, connu sous le nom de *susurrus*, qui indique l'entrée du sang dans la poche anévrysmale. Aussi ren-

voyons-nous pour le diagnostic à ce que nous avons dit de l'anévrysme vrai.

4° *Anévrysme variqueux.* — La position respective de l'artère et de la veine poplitées rend l'anévrysme variqueux de cette région très-commun à la suite de plaie profonde. Ces deux vaisseaux sont, en effet, juxta-posés, et il est bien difficile qu'un instrument tranchant qui blesse l'artère n'atteigne pas en même temps la veine, et ne produise pas deux plaies voisines pouvant facilement communiquer entre elles.

Quels sont les symptômes de cette lésion ? A la suite d'une plaie, ordinairement il se forme dans le creux poplité, sur le trajet des vaisseaux, une tumeur bien circonscrite, peu volumineuse à son début. Si l'on est appelé longtemps après l'accident, on voit au sommet de la tumeur une cicatrice. Cette tumeur est molle, fluctuante, réductible sous une pression légère ; elle présente des pulsations isochrones à celles du pouls ; pulsations que l'on percevrait dans le trajet de la veine poplitée, si elle n'était pas située si profondément, mais qui sont très-sensibles dans la saphène externe. Ces deux veines sont ordinairement dilatées, et offrent à chaque battement un léger frémissement. Si l'on ausculte la tumeur, on entend un bruit de souffle continu, présentant une augmentation d'intensité à chaque diastole artérielle, et connu sous le nom de *souffle à double courant.*

Lorsqu'on comprime l'artère poplitée au-dessus de la tumeur, celle-ci s'affaisse ; tandis qu'elle augmente, si on établit une compression circulaire au-dessous. Intercepte-t-on la circulation, dans les veines poplitée et saphène externe au-dessous, le bruissement et les battements continuent dans les parties supérieures, mais disparaissent dans les inférieures ; si, au contraire, la compression est faite au-dessus, on ne perçoit rien à la partie supérieure ; mais les phénomènes augmentent d'intensité, et se propagent plus loin inférieurement.

Les veines de la jambe sont ordinairement distendues, surtout après la marche; cette distension diminue par la position horizontale. Lorsque l'anévrysme est ancien et a acquis un certain volume, la jambe éprouve un léger abaissement de température; elle offre une teinte légèrement bleuâtre, la contractilité musculaire est affaiblie, le membre est quelquefois frappé d'engourdissement; il offre une tuméfaction œdémateuse. Enfin des douleurs passagères apparaissent dans la jambe et dans le creux poplité. Cette maladie a une marche très-lente, elle peut même rester stationnaire pendant plusieurs années. D'autres fois le sac se rompt, et il se produit un anévrysme faux.

Voici une curieuse variété d'anévrysme variqueux de l'artère poplitée, dont l'observation a été présentée à l'Académie royale de chirurgie, en 1789, par Larrey, chirurgien en chef de l'hôpital de Toulouse : « La tumeur, siégeant au creux du jarret, était le résultat d'une piqûre; elle datait de trente-six ans, et s'était accrue peu à peu. Très-volumineuse pendant la station, elle diminuait, sans disparaître, par le coucher horizontal. Cette tumeur était constituée par un kyste, à la partie supérieure duquel s'ouvraient isolément l'artère et la veine crurales très-dilatées. De sa partie inférieure sortait l'artère poplitée, plus petite que d'ordinaire; des parties latérales naissaient les articulaires. Quant à la veine poplitée, elle était oblitérée. Le sang arrivait donc dans un sac formé, en partie du moins, par la dilatation de l'artère (on en trouve la preuve dans l'origine des artères articulaires), et se divisait en plusieurs colonnes, dont la plus considérable revenait au cœur par l'artère crurale. Les parois du kyste étaient épaisses, ossifiées dans une certaine étendue; il contenait des concrétions lymphatiques. » (*Presse médicale,* 1837, n° 4.)

Dans ce cas, tous les signes diagnostiques que nous avons donnés pour l'anévrysme variqueux ne devaient pas exister : ainsi les battements et le bruissement de la saphène externe devaient être nuls.

La compression de la veine fémorale devait faire disparaître les pulsations et le bruissement veineux, tandis que la compression au-dessous ne devait apporter aucune modification. Il est probable qu'on ne devait entendre dans la tumeur que le bruit de *susurrus* propre à l'anévrysme faux consécutif.

Diagnostic. L'anévrysme variqueux de la région poplitée pourrait être confondu avec l'anévrysme vrai et l'anévrysme faux consécutif de l'artère du même nom. L'anévrysme vrai est spontané, l'anévrysme variqueux est traumatique. Ce dernier est ordinairement accompagné d'une teinte bleuâtre de la jambe. D'ailleurs les pulsations et la bruissement des veines saphène externe, poplité et fémorale, le bruit de souffle à double courant, les phénomènes déjà signalés, produits par la compression des vaisseaux au-dessus et au-dessous de la tumeur, n'appartiennent qu'à la lésion qui nous occupe. Enfin elle a une marche beaucoup plus lente que les deux autres variétés d'anévrysme.

V. Hernie. — Quelquefois, à la suite d'hydarthrose du genou, il se produit à travers le ligament postérieur de l'articulation fémoro-tibiale une hernie de la synoviale, qui vient alors faire tumeur dans la région poplitée. Cette lésion apparaît sans douleurs vives; le malade n'éprouve qu'un peu de gêne dans les mouvements du membre, et celle-ci dépend de la tumeur synoviale et de l'épanchement articulaire. Si l'on examine le malade, on aperçoit, dans le losange poplité, une tumeur globuleuse, pouvant avoir le volume d'un œuf de poule. Elle est un peu dure, légèrement fluctuante; sa dureté augmente, et elle devient saillante lorsque la jambe est dans l'extension; elle devient, au contraire, molle et diminue un peu de volume par la flexion du membre. La pression la fait disparaître ordinairement, et alors le liquide qu'elle contient passe dans la cavité articulaire; e malade éprouve de la gêne dans le jeu des parties du genou, la

circulation est embarrassée, et il se manifeste un peu d'œdème de la jambe.

J'ai eu occasion de voir, en octobre 1851, un exemple de cette lésion dans le service de M. le professeur Nélaton.

Le jeune homme porteur de l'affection était âgé de vingt-cinq ans, doué d'une bonne constitution. Il y a sept mois environ, il éprouva quelques douleurs dans l'articulation fémoro-tibiale droite, et aperçut bientôt une tuméfaction du genou. Dès lors les mouvements devinrent gênés, un peu douloureux, mais pas au point de l'empêcher de travailler.

A son entrée à l'hôpital, on pouvait constater deux tumeurs, l'une dans le creux poplité, l'autre au devant du genou, conséquence de l'hydarthrose. La tumeur située postérieurement avait le volume d'un petit œuf de poule, occupait une grande partie du losange poplité, était globuleuse, dure, fluctuante, et présentait à sa surface un petit mamelon sous-cutané également dur; la peau avait conservé son aspect normal.

La dureté et le volume de la tumeur augmentaient dans l'extension du membre; ils diminuaient, au contraire, dans la flexion de la jambe. On faisait presque complétement disparaître la tumeur par la pression, alors on sentait le liquide refluer dans la grande cavité articulaire et soulever la rotule. Les mouvements de l'articulation étaient gênés, la marche difficile; la jambe était ordinairement demi-fléchie. Comme le malade avait remarqué qu'il pouvait marcher sans gêne lorsque la tumeur était réduite, on lui appliqua un bandage contentif, et lorsqu'il sortit de l'hôpital, la maladie était en bonne voie de guérison.

Diagnostic. On pourrait confondre cette lésion avec un abcès froid, un anévrysme, un kyste; mais certains caractères permettent d'en établir la distinction. L'abcès a succédé ordinairement à une induration, il a une marche lente; la hernie s'est formée de toutes pièces, et coïncide avec une hydrarthrose du genou; le premier est

mou, fluctuant; la tumeur herniaire est dure, élastique ou molle et fluctuante, suivant la position de la jambe; l'abcès est irréductible, la hernie disparaît presque complétement par la pression; enfin, dans le premier cas, la peau offre souvent une certaine altération, tandis qu'elle n'en présente pas dans le second. Il pourrait arriver que la communication entre la cavité articulaire et la cavité herniaire fût oblitérée, alors la réductibilité serait impossible, et ce signe précieux n'existerait plus. Dans cette circonstance on aurait recours à la ponction exploratrice, si les autres caractères n'étaient pas suffisants.

La tumeur synoviale refoule, lorsqu'elle a atteint un certain volume, l'artère poplitée qui devient plus superficielle; ses battements sont, par conséquent, plus manifestes, les deux tumeurs sont réductibles. Il sera cependant facile de les distinguer si l'on fait attention que la tumeur anévrysmale offre une mollesse qui ne varie pas avec les positions du membre, qu'elle offre des battements expansifs dans tous ses points, qu'elle diminue ou disparaît lorsque l'on comprime l'artère fémorale; tandis que la tumeur herniaire est plus dure, plus résistante, diminue de volume dans la flexion de la jambe, ne présente des battements que sur le trajet de l'artère poplitée, ne change pas de grosseur par la compression de l'artère fémorale, et lorsqu'elle disparaît on sent le liquide qui vient soulever la rotule; enfin elle coïncide avec une hydrarthrose, offre un développement rapide et ne donne à l'auscultation aucun bruit de souffle.

VI. Kystes. — Les kystes ont été divisés, par M. le professeur Cruveilhier (*Essai sur l'anat. path.*, t. 1, p. 202), en deux grandes classes : 1° kystes qui préexistent aux corps ou à la matière qu'ils contiennent, 2° kystes qui se développent autour des corps étrangers. Nous ne nous occuperons ici que de la première classe; ceux-ci peuvent se développer ou dans l'épaisseur de la région poplitée ou bien sur les gaînes des tendons en dedans des tubérosités du tibia;

et ils sont alors appelés *ganglions*. Les kystes uniloculaires ont, je crois, été seuls observés au jarret.

1° *Kystes uniloculaires.* — Ils renferment un liquide qui est tantôt séreux, limpide, incolore; tantôt verdâtre, brun, trouble, ayant une mauvaise odeur; tantôt glaireux, mucilagineux, ressemblant pour l'aspect à de l'huile, à du miel, à de la bouillie, à du sirop; leurs parois sont formées par une lame fibreuse ou fibro-celluleuse qu'entoure souvent une couche de matière fibrineuse; leur volume est plus ou moins considérable, et dépend de leur texture. Ainsi les kystes séreux peuvent acquérir un volume très-grand; ceux, au contraire, que M. le professeur Velpeau désigne sous le nom de *séro-muqueux,* et dont le liquide est glaireux, d'une couleur foncée, ne dépassent presque jamais le volume du poing.

Ils débutent ordinairement par une petite tumeur mobile, dure, indolente le plus souvent même à une forte pression, sans changement de couleur à la peau; aussi le malade ne s'aperçoit-il souvent de leur existence que lorsqu'ils le gênent par leur volume. Au début, il est très-dificile de constater la fluctuation; en effet, l'aponévrose, l'induration du tissu cellulaire ambiant, et la tension des parois de la poche, s'y opposent; mais plus tard ce phénomène est facile à percevoir. Dans son degré le plus avancé, la tumeur n'est pas douloureuse; lorsqu'elle atteint un certain volume, elle comprime les vaisseaux et les nerfs de la région poplitée; la jambe présente alors de l'œdème, et le malade ressent dans le membre des fourmillements et des picotements; la peau est distendue. Le développement de cette affection est ordinairement lent, elle reste quelquefois stationnaire et peut se terminer par la rupture du sac.

Kyste du genou, simulant une tumeur blanche, par M. le docteur W. Cumming

(*Arch. gén. de méd.*, 4e série, t. 14, p. 100 ; 1847.)

« Une demoiselle de comptoir, âgée de vingt ans, était employée depuis cinq ou six ans dans une des maisons les plus occupées de Londres; elle était soumise à des travaux très-fatigants, et à plusieurs reprises, elle avait eu les jambes enflées. Il y a quatre mois, elle s'aperçut d'un gonflement situé à la partie interne du genou, qui lui causait beaucoup de douleur, mais sans l'empêcher de marcher. Peu à peu cependant, elle fut obligée de renoncer à ses occupations; elle entra à l'hôpital de Londres, le 4 juin 1844, dans le service du Dr Luke. Le genou gauche était le siége d'une tuméfaction uniforme avec sensation de fluctuation, qu'on attribua à un épanchement dans l'articulation ; peu de douleur ; rien ne faisait croire que les cartilages fussent détruits. La santé générale était mauvaise. Une quinzaine après son entrée à l'hôpital, le gonflement commença à faire des progrès considérables, en remontant vers la cuisse et en suivant le muscle droit; la fluctuation était plus distincte que jamais, la peau était distendue, et les accidents paraissaient plus violents qu'avant son entrée à l'hôpital.

« Avant de recourir à un traitement énergique, on résolut de s'assurer de la nature du liquide qui était renfermé dans la tumeur; une ponction, pratiquée avec un trois-quarts capillaire, donna issue à 2 ou 3 onces d'un liquide transparent et citrin; on ferma la petite plaie, et un bandage fut appliqué autour du membre. La malade retira quelque soulagement de cette ponction, mais les accidents ne tardèrent pas à reparaître; huit jours après, nouvelle ponction avec un trois-quarts. On obtint de cette manière 5 onces d'un liquide qui se coagula spontanément, et qui renfermait des globules sanguins. La tuméfaction faisait sans cesse des progrès, et les forces

de la malade allaient s'affaiblissant. On lui proposa l'amputation de la cuisse, mais elle n'y voulut pas consentir. Vers la fin du mois d'août, la tuméfaction était énorme, elle occupait les deux tiers inférieurs de la cuisse; la peau était amincie, œdémateuse. De nombreuses veines dilatées se dessinaient à sa surface; deux ou trois ponctions qui furent pratiquées, n'amenèrent aucun soulagement; enfin les téguments se déchirèrent, et il s'écoula environ 8 pintes de liquide.

« *Autopsie.* — Les deux tiers inférieurs de la cuisse étaient creusés d'une large cavité ou d'un large kyste limité en avant par le triceps aplati et aminci, et se prolongeant en arrière et autour du fémur en soulevant les muscles de la partie postérieure. Ce kyste renfermait encore une pinte de liquide, et la surface était tapissée de fausses membranes très-molles. Le condyle interne du fémur et une certaine portion de la diaphyse étaient détruits dans l'étendue de 3 à 4 pouces, à partir du cartilage; la destruction s'étendait jusqu'au delà de la ligne médiane, et presque jusqu'au condyle externe et au cartilage en avant; cette excavation ne renfermait aucune espèce de détritus osseux. Les cartilages n'étaient nullement altérés, quoique le cartilage interne n'eût plus aucune connexion avec le tissu osseux; le point d'attache d'un des ligaments croisés était détruit, et ce ligament conservait encore à son extrémité une petite écaille osseuse. Quant à la membrane synoviale, elle était parfaitement saine. Dans ce point occupé primitivement par le condyle interne, se trouvait une masse fibrineuse mêlée de caillots, et dans l'intérieur de laquelle se trouvaient plusieurs cellules irrégulières ou petits kystes renfermant du liquide. Cette masse était attachée inférieurement à la partie postérieure du cartilage interne et aux parties environnantes, cependant elle était libre dans une grande partie de son étendue; la cavité médullaire de l'os était saine presque jusqu'au niveau de l'excavation, le périoste était épaissi, les glandes de l'aine n'avaient pas augmenté de volume, tous les organes thoraciques et abdominaux étaient à l'état normal. »

La tumeur était bien un kyste séreux uniloculaire. En effet, on n'y a trouvé aucune trace de matière tuberculeuse ou cancéreuse; elle renfermait une sérosité citrine, s'était développée sans douleur. Quant aux fausses membranes molles tapissant la surface interne, elles étaient de formation nouvelle, et tenaient probablement à une inflammation développée par les ponctions successives et la compression. Enfin, cette masse fibrineuse occupant la place du condyle interne offrait quelque analogie avec les kystes multiloculaires du sein, décrits par Waren et A. Cooper.

Diagnostic. On pourrait confondre un kyste de la région poplitée avec un abcès froid, avec un anévrysme vrai ou faux consécutif, avec une hernie de la synoviale.

La distinction avec un abcès froid est quelquefois presque impossible au début. En effet, la fluctuation, l'irréductibilité et l'absence de douleur, leur sont des symptômes communs. Cependant la fluctuation est plus manifeste dans l'abcès que dans le kyste. La première tumeur présente des points ramollis, tandis que d'autres sont encore solides; elle est immobile, tandis que la seconde présente une élasticité spéciale, est mobile et offre la même fluctuation dans tous ses points. Il est bien rare que la formation d'un abcès n'ait pas été accompagnée de quelques douleurs; on les provoque du reste par la pression, tandis que la tumeur kystique est complétement indolente. Enfin, en cas de doute, on aura recours à la ponction exploratrice.

Lorsque le kyste est placé sur le trajet de l'artère poplitée, il présente à la main des pulsations et une expansion qui pourraient donner le change; mais un observateur attentif ne les confondra pas avec les battements et l'expansion de l'anévrysme : d'ailleurs la tumeur kystique n'offre jamais ce bruit de *souffle râpeux* ou de *susurrus,* que nous avons signalés. Elle a du reste une marche plus rapide, et atteint ordinairement un volume plus cousidérable que la tumeur anévrysmale, et est irréductible. Enfin la jambe s'engorge

bien plus rapidement à la suite d'un kyste qu'à la suite d'un anévrysme poplité.

Plusieurs symptômes différencieront la hernie de la synoviale d'un kyste : la hernie est réductible, le kyste ne l'est pas. Elle coïncide toujours avec une hydarthrose et en dépend, le kyste n'a aucun lien qui le rattache à cette maladie. L'extension ou la flexion de la jambe font augmenter ou diminuer, durcir ou ramollir la tumeur hernaire; il n'en est rien pour le kyste. La première est plus dure et immobile, elle communique avec l'articulation ; la seconde offre une fluctuation plus manifeste, est mobile et n'a aucun rapport avec la cavité articulaire. Mais, si la tumeur herniaire ne communique plus avec l'articulation, on aura recours aux antécédents pour éclairer le diagnostic : la marche de la maladie donnera en outre des indices précieux. En effet, le kyste augmentera, tandis que la tumeur synoviale restera stationnaire. Du reste, l'erreur aurait des conséquences peu graves ; car, par le fait de l'oblitération du canal de communication, le sac herniaire s'est converti en kyste séreux.

2° *Ganglions.* — Les tendons du biceps, du demi-membraneux, du demi-tendineux, du droit interne et du couturier, contournent les condyles du fémur avant d'aller s'insérer au tibia : leur glissement est facilité par des bourses ou gaînes synoviales, qui sont quelquefois atteintes d'hydropisie et constituent des tumeurs appelées ganglions. La matière qu'ils contiennent ressemble le plus communément à du blanc d'œuf; d'autres fois elle est constituée par une sérosité rougeâtre et épaisse, ou par une sérosité limpide. Enfin on trouve souvent, dans le liquide qu'ils renferment, de petits corps, que Dupuytren a le premier observés, et dont il donne la description suivante : « Ils sont blanchâtres, opalins, transparents, plissés dans le sens de leur diamètre longitudinal; ils forment des espèces de poches dont une des extrémités est terminée par un cul-de-sac arrondi, l'autre par une espèce de col de bouteille rétréci en forme de suçoir ; ils sont évidemment composés par des lames superposées,

et imitent assez exactement des pépins de poires, les uns plus petits, les autres plus gros. Tantôt ils sont cylindroïdes, tantôt conoïdes, quelquefois lenticulaires; leur consistance est comme cartilagineuse : ils passent par plusieurs phases avant de parvenir à leur entier développement. On croit avoir trouvé une cavité dans leur intérieur. Ces corps sont entourés par un kyste mince, lisse, jaunâtre et séreux, contenant de la sérosité transparente. »

Cette lésion apparaît le plus souvent à la suite d'une contusion, d'un exercice violent; elle se manifeste dans le siége que nous avons déjà indiqué sous la forme d'une tumeur indolente, globuleuse, ordinairement très-petite, de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf de pigeon, légèremens mobile, élastique, et offrant une fluctuation obscure, sans changement de couleur à la peau. Plus molle lorsque la jambe est dans la flexion, plus dure quand elle est dans l'extension, elle semble glisser sous les téguments, et suivre la direction du tendon avec lequel elle est en rapport. La présence des petits corps étrangers dans la cavité de la tumeur, lorsqu'ils existent, donne lieu à un bruissement perçu par la main et le stéthoscope; bruissement qui peut disparaître lorsque la quantité de sérosité augmente rapidement, et qui reparaît aussitôt qu'elle diminue. Ces tumeurs ont une marche excessivement lente, gênent très-peu les mouvements de l'articulation du genou, et constituent plutôt une difformité qu'une véritable maladie.

Diagnostic. Leur siége, leur peu de volume, leur indolence, leur mobilité, la fluctuation obscure qu'elles présentent, leur marche lente, rendront leur diagnostic facile dans la région qui nous occupe, et lorsque le bruissement aura été perçu, il sera impossible de les confondre avec tout autre espèce de tumeur.

VII. Anévrysme des os. — Observée pour la première fois par Pearson, en 1790, cette affection a pour point d'origine le tissu spongieux et se développe habituellement sur l'extrémité renflée des

os longs. Parmi ceux-ci, l'extrémité supérieure du tibia est le lieu où on a eu le plus fréquemment occasion de l'observer. M. le professeur Roux en rapporte une observation (*Bulletins de l'Académie royale de médecine*, t. 10, p. 397). On trouve dans les *Archives gén. de méd.* (3e série, t. 9, p. 492, 1840) un cas d'anévrysme du tibia, venant faire une saillie considérable dans le creux poplité. Le fémur n'en est pas exempt : ainsi M. le professeur Nélaton (*Traité de pathol. chirurg.*, t. 2, p. 35) a vu un anévrysme du condyle interne de cet os.

Apparaissant souvent après une violence extérieure, quelquefois sans cause connue, l'anévrysme des os présente les symptômes suivants : des douleurs vagues, passagères, précèdent assez souvent de quelques mois l'apparition de la tumeur; mais ordinairement la maladie débute d'une manière brusque ; le malade ressent une douleur vive, avec sensation de craquement dans l'articulation du genou : cette douleur persiste pendant deux ou trois mois, et au bout de ce temps, on peut constater l'existence de la tumeur. La peau qui la recouvre conserve pendant quelque temps ses caractères normaux, puis elle prend une teinte rosée ou violacée. La base de la tumeur se confond avec le fémur ou le tibia ; molle et fluctuante dans certains points, elle est résistante dans d'autres. Si on comprime un peu fortement les points résistants, on perçoit une sensation de froissement, conséquence de la brisure de la coquille osseuse ; elle présente des battements avec un mouvement d'expansion, isochrones aux pulsations artérielles. La compression de la fémorale les fait cesser, mais ils reparaissent aussitôt qu'on la supprime : en même temps, la tumeur devient molle et s'affaisse. Si on la comprime fortement, on s'aperçoit que l'os présente une excavation. Lorsqu'elle a acquis un certain volume, elle proémine dans la région poplitée, comprime les vaisseaux ; aussi la jambe présente-t-elle un engorgement œdémateux ; celle-ci est le plus souvent fléchie sur la cuisse, et ses mouvements sont douloureux. Enfin il existe une douleur continue, augmentant par la pression, et à laquelle viennent se joindre

quelquefois des élancements passagers; la marche de la maladie est ordinairement lente.

Diagnostic. On pourrait confondre un anévrysme du fémur ou du tibia, faisant saillie dons la région poplitée, avec un anévrysme de l'artère du même nom, un cancer ou un kyste de ces os (voir ces deux maladies pour le diagnostic).

On distinguera un anévrysme osseux d'un anévrysme des parties molles, en ce que le premier se montre presque toujours en avant du genou, avant de proéminer dans la région poplitée; il est recouvert à sa base par des lamelles osseuses qui donnent à la pression une sensation de crépitation; il est immobile, et l'os a éprouvé une perte de substance. L'anévrysme des parties molles est, au contraire, plus ou moins mobile; il ne sort pas de la région poplitée, enfin il donne à l'auscultation un bruit de souffle qui n'existe pas dans le premier.

VIII. Kystes des os. — Un des plus beaux exemples de kystes des os a été présenté en 1844, à la Société de chirurgie, par M. le professeur Nélaton. La tumeur occupait le fémur gauche, elle s'étendait depuis la base du grand trochanter jusqu'à deux centimètres des condyles fémoraux; sa portion inférieure occupait donc la partie supérieure de l'espace poplité. Elle était formée par l'agglomération d'une multitude de kystes séreux, de la grosseur d'une noix, les seuls que l'on ait rencontrés dans le fémur ou le tibia.

La maladie débute par une tumeur indolente ou peu douloureuse, faisant corps avec l'os, dure, résistante d'abord, donnant ensuite à la pression une sensation de crépitation comparable au froissement du parchemin sec. Lorsque la lame osseuse est complétement détruite, le liquide soulève le périoste, et on peut dès lors sentir la fluctuation. La peau est normale, des douleurs sourdes et continues, s'accroissant sous l'influence des variations atmosphériques, apparaissent. Lorsque la tumeur a acquis un certain volume, elle comprime

les vaisseaux poplités, et le membre s'infiltre; des douleurs névralgiques du nerf sciatique se font quelquefois sentir. Enfin il arrive que le malade ne peut plus se servir de sa jambe, attendu que l'os affecté n'offre plus de résistance, et se fracture sous l'influence du moindre effort.

Diagnostic. L'anévrysme des os, les hydatides, le cancer des os et les exostoses, offrent une certaine analogie avec cette affection (voir les trois dernières maladies).

Au début, la distinction entre le kyste et l'anévrysme des os est quelquefois assez difficile, cependant on pourra arriver au diagnostic. Ainsi l'anévrysme osseux a pour siége ordinaire le tissu spongieux, tandis que les kystes se développent dans le tissu compacte. L'anévrysme envahit surtout les condyles du fémur, ou les tubérosités du tibia ; les kystes ont pour siége le corps du fémur, et la tumeur occupe alors le triangle supérieur de la région poplitée. Lorsque la maladie en sera à sa seconde période, les battements expansifs de l'anévrysme feront cesser toute incertitude.

IX. Hydatides des os. — Observée une fois dans la partie supérieure du tibia, par M. Cullerier (Journal de Corvisart, Boyer, Leroux, t. 12, p. 125), la tumeur hydatique faisait saillie au devant de cet os. M. le D[r] Escarraguel (Thèses de Montpellier, 1838, n° 51) rapporte une intéressante observation d'hydatides développées dans la diaphyse du fémur; une partie de la tumeur venait faire saillie dans la région poplitée.

« Un scieur de long nommé Teisset, âgé de trente-quatre ans, éprouvait depuis quelques mois une douleur dans la cuisse gauche. Un soir, comme il revenait paisiblement chez lui, après avoir travaillé toute la journée, une exaspération soudaine du mal le força de se laisser choir. Il ne put se relever, et on le transporta à l'hôpi-

tal de Narbonne ; là on reconnut une fracture du fémur gauche, et on l'y traita par divers appareils, mais sans succès. Vers le mois de mai suivant, il se forma sur le côté externe de l'articulation du genou un vaste abcès qui s'ouvrit, et donna issue à de nombreuses acéphalocystes. Ce malheureux, fatigué de souffrir et de l'impuissance de l'art, se rendit quatre mois après à Montpellier, et fut admis à l'hôpital Saint-Éloi.

« Le membre inférieur gauche était alors beaucoup plus court que le droit ; l'articulation du genou était ankylosée ; vers le tiers inférieur de la cuisse existait une tumeur considérable qui se prolongeait jusqu'à l'article ; et en dehors on remarquait une ouverture en cul de poule, par laquelle s'échappaient du pus et des hydatides. On soulagea ses souffrances par des embrocations opiacées, et surtout par l'application d'un vésicatoire sur la tubérosité interne du tibia, que l'on pansa avec du cérat chargé de morphine. Alors l'état du sieur Teisset parut des plus satisfaisants ; son visage présageait un prompt retour à la santé ; il fixait même déjà le jour de sa sortie, lorsque des douleurs vives se déclarèrent tout-à-coup sur toutes les parties du corps ; des stries rouges sillonnent la cuisse gauche et annoncent une angioleucite. Le délire survient, une teinte jaune s'étend sur la conjonctive, la vue s'affaiblit, une suppuration abondante s'empare de la partie. Enfin les évacuations sanguines, auxquelles on soumet le nommé Teisset, et qui le soulagent d'abord, finissent par l'affaiblir, avec la suppuration, à tel point qu'il tombe dans le marasme et meurt.

« *Nécropsie.* — *Tête.* Sérosité lactescente entre la pie-mère et l'arachnoïde.

« *Thorax.* Les poumons incisés dans plusieurs sens présentent çà et là des excavations qui paraissent dues à des dilatations partielles des bronches.

« *Abdomen.* Foie légèrement hypertrophié.

« *Membre.* Le fémur a conservé son état normal jusqu'au niveau du petit trochanter. Au-dessous, son diamètre est beaucoup augmenté,

et son canal médullaire aussi, mais sans diminution de ses parois; la fracture réside au-dessus du tiers moyen de l'os. Le fragment inférieur est très-renflé ; sa cavité médullaire, dilatée d'une manière remarquable, se continue dans l'épaisseur des condyles ; son bord libre est très-inégal, et embrasse par une sorte d'emboîtement l'extrémité voisine de l'autre fragment. Derrière et entre les deux condyles, existe une ouverture faisant communiquer l'articulation avec la cavité osseuse, d'une part, et de l'autre, avec l'extérieur, au moyen des conduits fistuleux dont nous avons parlé plus haut. La cavité elle-même était remplie de pus et de vers acéphalocystes. Les fibro-cartilages qui encroûtent les condyles du fémur ont disparu, et les surfaces osseuses qu'ils recouvrent sont rugueuses, ramollies, et baignées d'une matière purulente fétide. »

Ces hydatides, examinées par le professeur Dugès, furent reconnues appartenir à l'espèee *acephalocystis granulosa*. La pièce est conservée dans la collection de M. le professeur Dubrueil.

Cette affection est quelquefois annoncée par des douleurs fixes et profondes, comme dans le cas que je viens de rapporter ; d'autres fois la douleur n'existe pas, et une tumeur se développe. Elle est indolente ; la peau conserve son aspect normal et ne contracte aucune adhérence. D'abord dure, la tumeur se laisse déprimer au bout d'un certain temps en donnant cette crépitation que nous avons déjà signalée en parlant des kystes. Lorsque toute la lamelle osseuse a disparu, on sent une tumeur molle et pâteuse, donnant une sensation de fluctuation. La marche de la maladie est lente; à mesure qu'elle se développe, le membre s'œdématie, et la marche est pénible. L'os malade devient très-fragile et peut se briser sous le moindre effort. Le kyste s'ouvre quelquefois au dehors et verse des hydatides, ou bien il s'épanche dans l'articulation du genou. Ces terminaisons naturelles ont été rarement observées.

Diagnostic. Au début, cette maladie peut être confondue avec une

ostéite ou une exostose; il n'existe pas de caractères différentiels à cette période. La marche de la maladie peut seule éclairer le diagnostic; en effet, lorsque la coque osseuse se sera amincie et cédera sous le doigt en donnant de la crépitation, on rejettera bien vite l'idée d'une ostéite ou d'une exostose. Mais alors on pourra croire à un kyste, à un anévrysme des os, ou à un cancer, arrivés à la même période. Des pulsations profondes avec expansion annonceront un anévrysme. Celui-ci se développe du reste surtout dans le tissu spongieux, mais ces battements seront souvent difficiles à percevoir à la cuisse ou dans le creux poplité.

Le cancer occasionne presque toujours des douleurs lancinantes, les parties molles environnantes acquièrent une tuméfaction variqueuse et une dégénérescence fongoïde, la tumeur présente de nombreuses inégalités, tandis que dans les kystes hydatiques, les parties environnantes ne participent pas à la maladie ; la surface de la tumeur est égale, lisse, et son accroissement indolent. Le cancer se développe avec rapidité, le kyste avec lenteur. Les cancers sont quelquefois traversés par des esquilles; enfin ils ne donnent pas la crépitation, signe pathognomonique des tumeurs enkystées. Tels sont les signes donnés par Dupuytren pour diagnostiquer ces deux maladies; mais ils peuvent être peu prononcés ou ne pas exister; d'ailleurs le développement des hydatides est quelquefois accompagné de douleurs vives, et la crépitation peut n'être pas perçue.

Les kystes séreux et les kystes hydatiques offrent la plus grande analogie dans leurs symptômes ; aussi, d'après A. Bérard, cette maladie n'a jamais été reconnue qu'après l'ouverture spontanée ou artificielle du kyste, et le chirurgien est-il le plus souvent obligé, pour lever ses doutes, d'avoir recours à une ponction exploratrice qui donnera du sang, de la matière kystique, des hydatides, ou fera reconnaître une tumeur dure, suivant l'espèce à laquelle on aura affaire.

§ II. — Tumeurs solides.

1. Fractures du fémur. — Lorsque le fémur est fracturé à peu de distance des condyles, le fragment inférieur auquel s'insèrent les muscles jumeaux exécute un mouvement de bascule, entraîné qu'il est par la contraction des muscles, de sorte que son extrémité supérieure se dirige en arrière dans le creux poplité, où elle vient faire une saillie considérable, et l'extrémité du fragment supérieur vient s'arcbouter sur la face antérieure du fragment inférieur, un peu au-dessus de la poulie intercondylienne.

Il est facile de reconnaître cette lésion aux caractères suivants : à la suite d'une violence extérieure qui a agi ordinairement sur la partie inférieure de la cuisse, le malade entend un craquement, se laisse tomber, et ne peut plus se servir de sa jambe Le membre est déformé, le pied est légèrement tourné en dehors ; la cuisse a éprouvé un raccourcissement variant entre 2 et 18 centimètres, comme Desault l'a observé une fois. Il existe une profonde dépression au-dessus de la rotule, la cuisse offre à sa partie inférieure une mobilité contre nature ; en lui faisant exécuter quelques mouvements, on perçoit de la crépitation, et on arrache souvent des cris au malade. On peut porter la jambe dans une extension exagérée, et l'on sent près de la rotule l'extrémité du fragment supérieur. Enfin si l'on examine la région poplitée, on y trouve quelquefois une ecchymose; une tumeur dure, inégale, rugueuse, anguleuse, s'y est formée au moment de l'accident. On peut la faire disparaître en réduisant la fracture, mais elle se reproduit aussitôt que les moyens contentifs sont enlevés. Lorsqu'on attend quelque temps pour réduire la fracture, on voit la jambe s'engorger.

Comme nous venons de le voir, le fragment supérieur est ordinairement porté en avant ; mais il n'en est pas toujours ainsi, ce fragment va quelquefois faire saillie dans le creux poplité. La science possède deux exemples de cette variété ; l'un est dû à A. Cooper, et

l'autre au D[r] Smith (*Archives génér. de méd.*, 3[e] série, t. 4, p. 242; 1839).

« Un jeune homme de dix-sept ans, d'une bonne constitution, eut la cuisse fracturée près du genou par une balle de marchandises. Le D[r] Smith le vit le cinquième jour. Le membre était dans la demi-flexion; le pied et la jambe mortifiés. L'amputation de la cuisse fut faite, et le malade guérit. La fracture était à 2 pouces un quart de l'extrémité inférieure du fémur et transversale. Le fragment supérieur était repoussé directement dans le creux poplité, et comprimait les vaisseaux de manière que toute circulation était interceptée. »

Dans le cas observé par A. Cooper, la fracture était très-oblique de haut en bas, et d'arrière en avant. Le fragment tibial perforait le muscle droit, tandis que la rotule, le tibia, et les condyles du fémur, avaient basculé en arrière, de manière à s'enfoncer dans le jarret, derrière le fragment supérieur.

M. le D[r] Julia Fontenelle (*Archives génér. de méd.*, 1[re] série, t. 9, p. 267 ; 1825) rapporte une observation curieuse de décollement des condyles du fémur avec procidence du corps du fémur dans le creux poplité.

« Montagné, âgé de onze ans, d'un tempérament lymphatique et presque cacochyme, enfonça dans un trou la jambe droite jusqu'aux condyles du fémur, et se renversa en avant, de telle sorte que le bas de la cuisse resta fixe, tandis que le reste du corps était pendant. Le petit malade fut porté à l'hôpital le deuxième jour, il n'avait reçu encore que des soins palliatifs. Le membre était raccourci, les condyles faisaient saillie à la partie antérieure du genou, et l'on sentait dans la région poplitée l'extrémité inférieure du fémur. Le vingt-quatrième jour, l'amputation fut faite, à cause de sphacèle de la jambe.

« On trouva les condyles séparés du corps du fémur et placés

transversalement sur la face antérieure de son extrémité inférieure. Ils étaient renversés, et la poulie articulaire était située en avant. Les ligaments croisés étaient fortement distendus. L'extrémité inférieure du fémur plongeait dans la région poplitée, elle offrait une surface rugueuse avec des granulations irrégulières pour la grosseur et la forme, mais en général arrondies et mamelonnées. »

II. LUXATIONS DU TIBIA. — Les luxations complètes du tibia en avant ou en arrière étaient généralement regardées comme impossibles avant 1836, lorsque M. le professeur Velpeau (*Dict. de méd.*, t. 14, 1836, article *Genou*) et M. le professeur Malgaigne (Lettres à M. Velpeau sur les luxations fémoro-tibiales, *Archives gén. de méd.*, avril, juin 1837) en ont démontré l'existence. Ces luxations peuvent être complètes ou incomplètes, elles ont lieu en avant ou en arrière, et alors la région poplitée devient le siége d'une tumeur formée soit par les condyles du fémur, soit par les tubérosités du tibia, suivant le sens dans lequel s'est opérée la déviation. Quels sont leurs symptômes?

1° *En arrière.—Incomplète.* Dans cette espèce de luxation, la jambe, vue en avant, paraît raccourcie ; elle ne l'est cependant pas ; l'illusion tient au déplacement du ligament rotulien qui change sa position verticale contre une position oblique. La rotule est abaissée, sa face antérieure est inclinée en avant et en bas, de manière à former avec l'horizon un angle de 45° environ. En arrière du bord inférieur de la rotule, on sent sous les téguments la saillie des condyles fémoraux et l'intervalle qui les sépare. En arrière, la jambe a conservé sa longueur. On trouve dans la région poplitée une tumeur formée par les tubérosités du tibia, et au-dessus de ce point, une dépression correspondant à l'espace qu'occupaient les condyles du fémur.

2° *En arrière. — Complète.* Observée par M. Blanchard, de Reims, Heister, Sanson, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. 7, p. 553 ; 1835).

Elle offre beaucoup de symptômes analogues à ceux de la variété précédente, mais plus prononcés : ainsi la face antérieure de la rotule regarde directement en bas ; les condyles du fémur proéminent plus fortement en avant ; la tumeur de la région poplitée est beaucoup plus prononcée. Les cavités tibiales sont situées plus haut que les condyles du fémur ; le diamètre antéro-postérieur de l'articulation est doublé, et offre une longueur de 12 à 13 centimètres ; la jambe est raccourcie de 2 ou 3 centimètres.

Diagnostic. Les luxations incomplètes seront facilement distinguées des complètes, si l'on fait attention que dans les premières, la jambe est étendue, la direction de la rotule est oblique et non horizontale comme dans les secondes ; que dans celles-ci le diamètre antéro-postérieur du genou a doublé, et que la jambe a éprouvé un raccourcissement réel, qui n'est qu'apparent dans le premier cas.

3° *En avant.* — *Incomplète.* Ici la jambe est dans l'extension ou légèrement fléchie ; elle conserve quelquefois ses mouvements ; elle paraît raccourcie ; le tibia fait saillie en avant sous les condyles du fémur, et l'on sent les cavités glénoïdes. La rotule regarde obliquement en haut et en avant, son ligament est dans le relâchement. Enfin on sent dans la région poplitée une tumeur formée par les condyles du fémur.

4° *En avant.* — *Complète.* Dans cette luxation, dont M. Garnier (Thèses de Montpellier, n° 2, p. 41 ; 1830) cite un bel exemple, suivi de guérison au bout de six semaines : la jambe est étendue, mobile, raccourcie de 3 centimètres à peu près ; la rotule regarde directement en haut. La saillie du tibia est très-considérable ; elle est séparée de la cuisse par un sillon demi-circulaire à concavité supérieure. Le diamètre antéro-postérieur de l'articulation est de 14 ou 15 centimètres. Les condyles du fémur proéminent tellement dans le creux poplité, que le mollet paraît atrophié, et qu'ils dis-

tendent les vaisseaux, de manière à pouvoir les rompre et à intercepter la circulation.

Diagnostic. Les signes qui différencient ces deux variétés sont les suivants : dans la première, la jambe n'a pas éprouvé de raccourcissement; elle en a subi un dans la seconde. Dans celle-là, la face antérieure de la rotule regarde obliquement en haut et en avant; dans celle-ci, elle regarde directement en haut. Dans la luxation incomplète, la jambe est légèrement fléchie, et le diamètre antéro-postérieur de l'articulation est peu augmenté; tandis que, dans la luxation complète, la jambe est située horizontalement, et le diamètre de l'articulation est doublé; enfin la tumeur poplitée est beaucoup moins considérable dans le premier que dans le second cas.

Inutile de poser le diagnostic différentiel entre les fractures de l'extrémité inférieure du fémur et les luxations du tibia. Le raccourcissement portant sur la cuisse, la mobilité anormale, la crépitation, l'impossibilité des mouvements actifs du membre, une tumeur inégale, rugueuse, dans le creux poplité, la facilité de sa réduction et de sa réapparition, appartiennent à la première lésion. La position de la rotule, le raccourcissement de la jambe, l'absence de crépitation, la possibilité de la marche, l'augmentation du diamètre de l'articulation fémoro-tibiale, la persistance de la réduction une fois qu'elle est opérée, la forme de la tumeur poplitée, annoncent une luxation.

III. Luxations des fibro-cartilages interarticulaires. — Cette lésion, décrite par Hey sous le nom de *dérangement intérieur de l'articulation du genou;* par A. Cooper, sous celui de *luxation partielle du fémur sur les cartilages semi-lunaires*, et par M. Nélaton sous la dénomination de *luxation de la jambe par rotation*, est excessivement rare.

M. Bonnet employa l'expérimentation cadavérique pour en re-

connaître les symptômes. Il put constater que la tubérosité interne du tibia, et le ménisque qui lui correspond, avaient passé au-devant du condyle interne du fémur; tandis que le condyle externe et la tubérosité correspondante du tibia avaient conservé leurs rapports. MM. Chassaignac et Richelot ont observé la lésion inverse : le condyle externe s'était porté au devant du ménisque externe, tandis que le condyle et le ménisque internes avaient leurs rapports normaux. On comprend, du reste, que ces deux lésions puissent se produire en même temps.

Ces déplacements se produisent dans un mouvement de torsion du pied en dehors. Le pied et la jambe sont tournés en dehors; celle-ci est dans la demi-flexion. Si la luxation porte sur la tubérosité interne du tibia, on le sent faire saillie en avant au-dessous du condyle du fémur, tandis que celui-ci proémine dans le creux poplité. Le diamètre antéro-postérieur du genou est plus grand à sa partie interne qu'à sa partie externe. Dans le second cas, la tubérosité externe du tibia fait saillie en arrière, tandis que le condyle du même côté proémine en avant.

IV. Exostoses.—Quoique peu communes dans la région poplitée, les exostoses du fémur et du tibia y ont cependant été observées. Je citerai entre autres le fait remarquable de Boyer (*Traité des maladies chirurgicales*, t. 3, p. 600 ; 1822). Elles sont osseuses ou ostéo-cartilagineuses.

L'exostose est constituée par une tumeur d'une grosseur variable, présentant une dureté osseuse, et intimement unie au fémur ou au tibia, dont elle suit tous les mouvements.

Les exostoses osseuses ont généralement un volume peu considérable; elles sont parfois indolentes, mais le plus souvent leur développement est accompagné de douleurs qui disparaissent ordinairement à mesure que la tumeur s'accroît. Quelquefois petites et à peine sensibles, elles présentent souvent un volume assez considérable, et une forme hémisphérique ou pédiculée et bien circon-

scrite. Leur marche est excessivement lente. Lorsqu'elles ont acquis un certain développement, elles compriment les vaisseaux poplités, causent de l'œdème à la jambe, et gênent les mouvements de l'articulation fémoro-tibiale.

Les exostoses ostéo-cartilagineuses ont généralement un volume plus grand que les autres; ainsi elles peuvent avoir la grosseur d'une tête d'adulte. Leur forme est sphéroïdale, plus ou moins mamelonnée. S'il existe à leur circonférence une coque osseuse, elles offrent la dureté des précédentes; si, au contraire, elles sont environnées par une couche cartilagineuse, elles cèdent sous le doigt, et ce phénomène pourrait faire croire à une tumeur mobile. Douloureuses le plus souvent à leur début, elles ne gênent bientôt le malade que par leur volume. Celles-ci, plus que l'espèce précédente, compriment les vaisseaux poplités, aplatissent les nerfs et distendent les muscles de cette région. La peau, plus ou moins distendue, conserve son aspect normal, seulement des veines volumineuses rampent à sa face profonde. Enfin, d'après M. le professeur Roux (*Revue médico-chirurgicale*, février, mars 1847), les exostoses simples se développent dans la jeunesse; leur accroissement paraît limité à l'adolescence; il cesse probablement avec celui des os. Quant aux exostoses syphilitiques, je ne crois pas qu'on n'en ait jamais observé dans la région poplitée.

Diagnostic. L'exostose présente les mêmes caractères que les kystes, les hydatides, les anévrysmes des os à leur début. Le diagnostic est alors presque impossible; mais la marche de la maladie l'éclairera bientôt. En effet, si on a affaire à une exostose, la tumeur conservera toujours sa dureté osseuse; tandis que s'il s'agit de kystes, d'hydatides ou d'un anévrysme, elle deviendra bientôt molle, et la pression dénoncera la crépitation caractéristique de la tumeur kystique ou hydatique.

On ne peut expliquer l'erreur des chirurgiens de Londres, qui prirent un anévrysme de l'artère poplitée guéri pour une exostose,

que par le manque de renseignements. Du reste, l'exostose est toujours immobile, tandis que la tumeur anévrysmale offre toujours une certaine mobilité.

V. Lipome. — Le siége du lipome est le tissu cellulaire sous-cutané; il se présente sous la forme d'une tumeur indolente, qui par conséquent n'attire ordinairement l'attention du malade que lorsqu'elle a atteint un certain volume. La peau qui la recouvre est sans adhérences avec elle, et ne présente aucune altération. Si on soulève la tumeur et si on lui imprime des mouvements, on sent qu'elle est mobile, et ne tient pas aux parties voisines; elle est molle au toucher, sans présenter ni rénitence ni empâtement ; elle a la souplesse du sein. La marche de la maladie est ordinairement lente, elle peut même rester stationnaire pendant plusieurs années. Après avoir offert un accroissement presque insensible pendant longtemps, le lipome peut augmenter rapidement. Son volume varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'une tête d'adulte ; il présente ordinairement une forme ovalaire ou piriforme, avec ou sans pédicule.

Diagnostic. Lorsque tous ces symptômes existent, il est facile de reconnaître la maladie ; mais ils manquent quelquefois en partie, et on peut alors confondre le lipome avec une tumeur érectile sous-cutanée, un abcès froid ou un cancer encéphaloïde.

Si la peau qui recouvre la tumeur érectile a conservé son épaisseur, si elle n'offre pas une teinte bleuâtre, et ne laisse pas apercevoir les veines dilatées qui forment la tumeur sous-cutanée, l'erreur sera possible. Cependant quelques signes serviront à établir le diagnostic : une tumeur érectile présente presque toujours à sa base des veines sinueuses, dilatées, convergentes ; une pression uniforme la diminue, la compression des veines de la cuisse la fait augmenter, et fait ordinairement apparaître une teinte bleuâtre à la peau qui la recouvre ; une émotion morale, une marche rapide, produisent le même effet. Le lipome ne présente aucun de ces caractères.

Les abcès donnent une fluctuation vraie, tandis que la tumeur lipomateuse n'en présente qu'une fausse ; mais il faut avouer que la distinction entre ces deux sensations est quelquefois difficile à établir. La marche de l'abcès est ordinairement moins lente que celle de la tumeur lipomateuse; le premier offre presque toujours de la douleur à la pression, et des points indurés autour du point central ramolli; mais ces caractères peuvent manquer, et alors une ponction exploratrice lèvera toute espèce de doute : s'il existe un abcès, il s'écoulera du pus ; s'il y a un lipome, il s'écoulera du sang rutilant.

VI. CANCER DES PARTIES MOLLES. — L'encéphaloïde et le squirrhe ont été observés dans la région poplitée.

1° *Cancer encéphaloïde.* — Assez commune dans l'enfance et la jeunesse, cette maladie se présente sous la forme d'une tumeur assez régulièrement arrondie et composée de lobules. La peau qui la recouvre conserve au début sa souplesse et sa coloration normales; mais, lorsque la tumeur a acquis un certain volume, la membrane tégumentaire se tend, prend un aspect lisse, brillant, et laisse apercevoir les veines sous-cutanées, qui ont alors subi une dilatation variqueuse.

Le volume de la tumeur peut varier depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'une tête d'adulte. Au début elle est ferme, élastique; ordinairement quelques-uns de ses points sont durs, tandis que les autres offrent plus de mollesse. Quelquefois elle est tellement molle, qu'elle donne une sensation de fluctuation, comme dans l'observation de cancer encéphaloïde du mollet, s'étendant jusque dans le creux poplité, que M. le professeur Denonvilliers a présentée à l'Académie royale de médecine (*Archives génér. de méd.*, 4e série, t. 14, p. 117; 1847). D'autre part, lorsque la tumeur est située près de l'artère poplitée, on peut sentir de légers battements et même un bruit de souffle.

Le développement de la maladie est ordinairement assez rapide; il est presque toujours accompagné de douleurs lancinantes, passagères, se faisant surtout sentir après la marche ou des attouchements sur la tumeur. Celle-ci acquiert parfois, en quelques jours ou en quelques heures, une augmentation de volume très-sensible : ce phénomène est dû à la formation de foyers sanguins dans le tissu morbide. L'accroissement de l'encéphaloïde se fait, dans certains cas, d'une manière uniforme; mais le plus souvent on voit deux ou trois mamelons se ramollir, adhérer à la peau : celle-ci rougit, s'amincit, se perfore; il s'écoule un pus sanieux ou du sang pur. L'ouverture s'agrandit, et bientôt la tumeur vient se présenter sous la forme d'un champignon mou, fongueux, fournissant une suppuration sanieuse, fétide, à odeur spéciale; elle saigne très-facilement, et l'écoulement de sang est plus ou moins abondant.

Tandis que se développent les divers phénomènes que nous venons d'exposer, le malade éprouve de la faiblesse dans la jambe; les mouvements de l'articulation du genou sont gênés d'abord, plus tard ils sont limités et douloureux, le membre s'engorge, les veines se dilatent, les ganglions de l'aine se tuméfient, et souvent éprouvent plus ou moins vite la dégénérescence cancéreuse. Des fourmillements, des picotements dans la jambe, des douleurs névralgiques du membre, se manifestent; en même temps, on voit apparaître les symptômes de la cachexie cancéreuse, langueur des fonctions, fatigue générale, amaigrissement, abattement, tristesse, douleurs vagues, teinte jaune-paille de la peau, fièvre hectique, marasme, et enfin la mort arrive.

2° *Squirrhe.* — Le squirrhe, apanage presque exclusif de l'âge adulte et de la vieillesse, s'observe beaucoup plus rarement que le cancer encéphaloïde dans la région poplitée. Il se développe quelquefois sans que le malade s'en aperçoive; celui-ci est tout étonné de trouver au jarret une petite tumeur indolente, dure, arrondie, mobile. Elle augmente bientôt de volume, devient bosselée, et con-

tracte des adhérences avec les parties voisines ; en même temps, apparaissent des douleurs lancinantes, passagères, se produisant surtout pendant la nuit et à la suite de la marche.

La tumeur fait saillie, les veines sous-cutanées deviennent variqueuses; la peau prend une coloration rougeâtre, violacée ; elle s'ulcère bientôt, et laisse s'écouler, par une fissure étroite, une petite quantité de sérosité sanguinolente. L'ouverture s'agrandit, ses bords se renversent en dehors, la plaie offre une teinte blafarde, et le fond de l'ulcère est formé par un tissu ramolli, reposant sur une tumeur dure ; en même temps, les ganglions de l'aine s'engorgent, et l'on voit arriver les divers phénomènes que nous avons signalés à propos de la première variété. Dans quelques cas rares, l'ulcération se cicatrise, et la maladie peut rester stationnaire pendant plusieurs mois.

Diagnostic. Qu'il me soit permis, avant de poser le diagnostic des affections cancéreuses de la région poplitée, de transcrire quelques propositions générales formulées par M. le professeur Nétaton (*Élém. de path. chir.*, t. 1, p. 362).

« Dans les cas douteux, on pourra croire à l'existence d'un cancer :

« 1° Toutes les fois que la tumeur se présentera chez un sujet appartenant à une famille dans laquelle on aura constaté un ou plusieurs exemples de cancer;

« 2° S'il existe dans un autre point de l'économie un cancer bien caractérisé ;

« 3° Toutes les fois que le sujet aura déjà subi l'extirpation d'une tumeur reconnue pour être de nature cancéreuse;

« 4° Lorsque la tumeur présente des douleurs lancinantes;

« 5° Lorsque les ganglions lymphatiques voisins sont engorgés;

« 6° S'il existe dans la santé générale une altération profonde, qui ne peut être expliquée par quelque lésion viscérale;

« 7° Lorsque la tumeur aura son siége dans un organe fréquem-

ment affecté de cancer, et qu'elle résistera aux moyens qui amènent ordinairement la résolution des tumeurs non cancéreuses. »

Il est impossible de confondre l'encéphaloïde à sa période de ramollissement avec le squirrhe ; mais au début, le diagnostic différentiel de ces deux maladies est souvent difficile ; elles présentent cependant quelques caractères distinctifs. La tumeur est généralement plus considérable dans l'encéphaloïde ; celui-ci se développe plus fréquemment dans la région poplitée que le squirrhe ; son accroissement est plus rapide, sa forme est arrondie, tandis que celle du squirrhe est bosselée. La tumeur encéphaloïde conserve longtemps sa mobilité ; la tumeur squirrheuse, au contraire, contracte bien vite des adhérences avec les parties environnantes et surtout avec la peau. A la suite du squirrhe, l'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine existe toujours, il a apparu vite et est très-prononcé : il n'en est pas de même dans l'encéphaloïde. La première maladie est commune dans l'enfance et la jeunesse, tandis que la seconde se montre rarement avant l'âge adulte. Enfin la cachexie cancéreuse se manifeste plus lentement, et la terminaison funeste est plus tardive dans le squirrhe que dans l'encéphaloïde.

A sa période de ramollissement, une tumeur encéphaloïde de la région poplitée pourrait être prise pour un abcès, un lipome, une adénite chronique, un anévrysme.

1° *Abcès.* — L'encéphaloïde sur le point de s'ulcérer, lorsque la peau est enflammée, pourrait faire croire à un abcès phlegmoneux ; mais la marche de la maladie, lente dans le premier cas, très-rapide dans le second, la préexistence d'une tumeur accompagnée de douleurs lancinantes, et l'engorgement des ganglions de l'aine datant de plusieurs mois, un état cachectique spécial de l'économie, indiqueront un cancer.

L'abcès froid présente généralement une mollesse plus uniforme et plus prononcée que l'encéphaloïde ; il est accompagné de douleurs sourdes et continues, mais jamais de douleurs lancinantes et passa-

gères comme le cancer. Il ne présente pas de développement variqueux des veines sous-cutanées, et influe très-peu sur la santé; du reste, la ponction exploratrice, qui donnera du pus, s'il y a abcès, et un sang rutilant, s'il y a cancer, lèvera tous les doutes.

2° *Lipome.* — Le lipome et l'encéphaloïde sont sous-cutanés; ils se développent sans cause connue, forment des tumeurs arrondies, souples au toucher, molles, sans altération de la peau. L'encéphaloïde n'exerce quelquefois, de même que le lipome, aucune influence fâcheuse sur l'économie. Voici leurs signes distinctifs : 1° la tumeur cancéreuse est ordinairement arrondie dans son ensemble, mais bosselée et déprimée dans plusieurs points; 2° les douleurs qui l'accompagnent sont lancinantes; 3° elle donne, au toucher, une sensation de fluctuation, tandis que le lipome offre une souplesse caractéristique, une indolence complète, et ne présente aucune bosselure : mais ces signes peuvent manquer, et si alors on a recours à la ponction exploratrice, on obtient un sang rutilant dans les deux circonstances. M. le professeur Nélaton (*Élém. de path. chir.*, t. 1, p. 400) conseille, dans ce cas, un excellent moyen de diagnostic : il consiste à plonger dans la tumeur un trois-quarts très-fin ou une aiguille à acupuncture, et à lui imprimer des mouvements de circumduction. Si on les exécute avec facilité, on aura affaire à un encéphaloïde; si, au contraire, ils sont impossibles, la tumeur sera un lipome.

3° *Adénite chronique.* — Ici la distinction sera ordinairement facile; la position de la tumeur sous l'aponévrose, sa résistance plus considérable, son petit volume ou l'existence de petites tumeurs séparées, l'absence de douleurs lancinantes et de toute influence fâcheuse sur l'économie, appartiennent à l'adénite, tandis que le contraire a ordinairement lieu dans l'encéphaloïde.

4° *Anévrysme.* — On pourrait enfin confondre le cancer encépha-

loïde avec un anévrysme vrai ou faux, consécutif de la poplitée, à sa seconde période. Les antécédents seront alors très-utiles à connaître. En effet, la tumeur anévrysmale s'est durcie, tandis que la tumeur encéphaloïde s'est ramollie. L'anévrysme offre une consistance plus considérable, il est susceptible d'une certaine réduction par la compression; l'encéphaloïde, au contraire, ne diminue pas. Le premier donne des pulsations et des battements expansifs; ces deux signes ne consistent qu'en un léger soulèvement de la tumeur quand il y a cancer. La tumeur anévrysmale est indolente, n'exerce aucune influence sur la santé générale; la tumeur encéphaloïde est douloureuse, funeste à l'économie; elle est en outre presque toujours accompagnée de l'engorgement des ganglions de l'aine; enfin la première donne seule à l'auscultation un bruit de souffle râpeux.

Quant au squirrhe, on pourrait le confondre : 1° avec un kyste, un anévrysme, des hydatides du fémur ou du tibia à leur début; mais la marche de la maladie ne laissera bientôt plus de doute; 2° avec une exostose. L'existence de douleurs lancinantes, la mobilité de la tumeur, la sensation de sa non-adhérence à l'os, l'engorgement des ganglions de l'aine, son influence fâcheuse sur l'économie, indiqueront un squirrhe. 3° Avec une adénite chronique; mais, comme nous l'avons déjà dit, l'adénite est surtout commune chez les sujets scrofuleux, se développe sans douleurs vives, n'exerce aucune influence sur la santé du sujet; il existe en outre une ou plusieurs petites tumeurs séparées, bien arrondies, non bosselées.

VII. Cancer des os. — Le cancer encéphaloïde a été seul observé dans les os; il s'y présente sous quatre formes différentes : 1° à l'état de petits noyaux déposés dans le tissu osseux, avec perte de substance et sans altération de la portion d'os environnante ; 2° à l'état de tumeur ordinairement volumineuse, composée de cellules irrégulières par leur forme et leurs dimensions, paraissant dépendre de la raréfaction du tissu osseux, et contenant de la matière cancéreuse à divers degrés de ramollissement (on en voit un bel exemple sur

l'extrémité supérieure d'un tibia, musée Dupuytren, pièce n° 470); 3° la tumeur cancéreuse se développe au centre d'un os, mais au lieu d'en détruire ou d'en raréfier le tissu, elle le refoule et se forme une poche, qui finit par être entourée d'une coque très-mince; 4° la tumeur est appliquée à l'extérieur de l'os et recouverte par le périoste; elle est traversée par une foule d'aiguilles osseuses, très-minces, ayant quelquefois une longueur de 3 ou 4 centimètres. M. le professeur Nélaton a présenté, en 1847, à la Société de chirurgie, un bel exemple de cette altération développée sur la partie inférieure du fémur, et ayant pénétré dans l'articulation du genou par l'échancrure qui sépare les deux condyles.

La maladie débute tantôt par des douleurs assez vives et passagères, tantôt sans douleur; la tumeur offre un accroissement lent ou rapide. Tant qu'elle a un volume peu considérable, la peau de la région poplitée conserve son aspect normal, et les parties environnantes sont à peine engorgées; mais lorsque la masse cancéreuse a atteint un certain volume, la tumeur présente une surface irrégulière, des mamelons indurés et d'autres ramollis; elle est tantôt molle au point de donner une sensation de fluctuation, tantôt très-dure. Les organes voisins sont comprimés et s'engorgent; cette compression porte sur les vaisseaux et les nerfs poplités; la jambe s'œdématie, le malade ressent des crampes, des névralgies sciatiques; la peau est lisse, distendue, et laisse apercevoir des veines sous-cutanées flexueuses et dilatées.

Dans le cancer de la seconde forme la tumeur s'accroît parallèlement à l'axe de l'os, et peut lui faire subir un allongement de 5 ou 6 centimètres; si on examine la lésion, on sent qu'elle fait corps avec le fémur ou le tibia dont elle suit tous les mouvements. La pression fait éprouver, dans la deuxième et la troisième forme, cette sensation de froissement de parchemin que nous avons déjà signalée au sujet des kystes; quelquefois ces tumeurs présentent des battements expansifs avec bruit de souffle; elles sont le plus souvent accompagnées de douleurs lancinantes plus aiguës la nuit que le

jour; le fémur ou le tibia altérés se fracturent avec la plus grande facilité. A une période plus ou moins avancée de la maladie, on voit survenir les phénomènes généraux des affections cancéreuses.

Diagnostic. Lorsque la tumeur est saillante, on pourrait la confondre avec une exostose, un kyste des os, un anévrysme de la poplitée, un anévrysme des os.

1° *Exostose.* — Au début, lorsque la tumeur cancéreuse est encore dure, elle présente au toucher les caractères physiques de l'exostose, surtout de l'exostose ostéo-cartilagineuse; nous avons même vu que cette dernière, développée sur l'extrémité du fémur ou du tibia, présente souvent des bosselures et des inégalités. Voici leurs caractères distinctifs: l'exostose offre une dureté considérable, se développe sans douleurs, a une marche très-lente, et n'acquiert presque jamais un très-grand volume; des phénomènes contraires s'observent ordinairement dans la tumeur cancéreuse. Il est cependant des circonstances où ces divers signes manquent, alors on restera dans le doute jusqu'à ce que la marche de la maladie vienne en montrer la nature; le cancer se ramollira en effet, exercera une influence fâcheuse sur l'économie, tandis que l'exostose conservera sa dureté et sera toujours bénigne.

2° *Kystes des os.* — Si le cancer se développe sans douleurs, s'il se présente sous sa troisième forme, la tumeur offre la plus grande analogie avec un kyste des os; en effet, même indolence, même sensation de froissement de parchemin à la pression; il est vrai qu'ordinairement le cancer se développe rapidement et est entouré de parties molles indurées, mais ces signes peuvent manquer eux-mêmes; il faut alors avoir recours à la ponction exploratrice qui donne du sang s'il y a cancer, et de la sérosité s'il y a un kyste.

3° *Anévrysme.* — Il existe une forme de cancer qui offre des bat-

tements expansifs et donne à l'auscultation un bruit de souffle, symptômes souvent peu prononcés qui appartiennent par conséquent aux anévrysmes à la deuxième période, et ont fait commettre des erreurs. La marche et les autres symptômes de la maladie éclaireront le diagnostic; ainsi l'anévrysme se développe sans douleurs, le cancer est presque toujours précédé et accompagné de douleurs lancinantes; le premier s'est montré au début, sous la forme d'une tumeur molle, réductible : ces deux phénomènes ont diminué peu à peu; le second a d'abord été dur, il ne s'est ramolli que par la suite et n'a jamais présenté aucune réductibilité. Les pulsations expansives et le bruit de souffle ont toujours existé dans l'anévrysme, et ont été en s'amoindrissant; ils étaient nuls au début du cancer, et ont augmenté avec les progrès de la maladie. La tumeur anévrysmale se développe lentement, conserve toujours une certaine mobilité, est parfaitement arrondie; la tumeur cancéreuse a, au contraire, un développement rapide, elle est bosselée et intimement unie à l'os; enfin elle produit souvent l'allongement de l'os, et finit par exercer une influence fâcheuse sur l'économie.

4° *Anévrysme des os.* — La difficulté est bien plus considérable s'il s'agit de diagnostiquer le cancer pulsatile de l'anévrysme des os; en effet, les deux maladies débutent par une tumeur dure, adhérente à l'os, qui se ramollit ensuite et offre les mêmes battements, la même crépitation osseuse. Les douleurs peuvent manquer dans le cancer, et exister dans l'anévrysme; la ponction ne donne aucun signe, et l'on n'a souvent, pour se faire une opinion, que les caractères suivants : l'anévrysme osseux disparaît à peu près complétement sous une pression continue, tandis que l'encéphaloïde ne s'affaisse qu'un peu; l'anévrysme ne donne jamais de bruit de souffle, ce symptôme est perçu dans le cancer; celui-ci produit souvent un allongement de l'os, l'anévrysme n'en produit jamais. Ces divers signes sont souvent peu prononcés, difficiles à apprécier; alors il sera prudent de rester dans le doute jusqu'à ce qu'une tumeur de

même nature, développée dans un autre point de l'économie et bien observée, ou la cachexie cancéreuse, viennent éclairer le diagnostic.

VIII. Dégénérescences ganglionnaires. — Les ganglions de la région poplitée sont quelquefois, mais rarement, envahis par des tubercules ou un cancer encéphaloïde. La tumeur tuberculeuse est indolente et présente tous les caractères de l'adénite chronique ; elle a seulement une marche encore plus lente, et se termine presque nécessairement par la fonte tuberculeuse. A la première période, on ne pourra se prononcer pour une adénite chronique ou pour une dégénérescence tuberculeuse, que d'après l'examen de l'économie tout entière. Ainsi la constitution scrofuleuse, l'engorgement chronique d'autres ganglions, une contusion ayant précédé la maladie, annonceront souvent une adénite ; l'existence de tubercules dans un autre organe, l'hérédité, pourront faire croire à une dégénérescence tuberculeuse. Lorsqu'il y aura abcès, la nature du pus indiquera s'il provient d'une adénite chronique ou d'une fonte tuberculeuse.

L'encéphaloïde cause des douleurs lancinantes, offre une résistance assez élastique, influence la constitution d'une manière toute spéciale, s'accompagne presque toujours de l'engorgement des ganglions de l'aine, et se montre quelquefois en même temps dans d'autres parties du corps dépourvues de ganglions. Mais ces signes peuvent manquer dans plusieurs circonstances, et le chirurgien est souvent obligé d'observer longtemps la maladie pour en reconnaître la nature.

IX. Névromes. — Observés sur les nerfs poplités, les névromes varient depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une orange. Ils ont une forme arrondie ou ellipsoïde, sont ordinairement multiples, et se présentent sous forme de petites tumeurs élastiques, résistantes, situées sur le trajet de l'un des deux nerfs, souvent difficiles à sentir à travers l'aponévrose. Celles-ci sont quelquefois indolentes, mais

le plus souvent elles occasionnent des douleurs très-vives qui s'irradient sur tout le trajet du nerf sciatique et de ses branches de terminaison, et occasionnent des crampes, des fourmillements dans la jambe, des contractures musculaires. Lorsqu'on comprime le cordon nerveux au-dessus d'elles, on fait cesser la douleur.

Leur siége, leur volume ordinairement assez petit, et le phénomène produit par la compression du nerf sciatique, rendent leur diagnostic très-facile.

X. TUMEURS SQUIRRHEUSES ENKYSTÉES. — Ordinairement sous-cutanées, ces tumeurs se développent surtout aux membres inférieurs, et le plus souvent dans les points où la peau repose sur un plan osseux; ainsi autour des tubérosités du tibia et des condyles du fémur. Leur volume est très-petit, et leur forme ovalaire; leur plus grand diamètre dépasse rarement 1 centimètre, elles ont presque toujours la grosseur d'une lentille. Le malade éprouve, dans la région du genou, des élancements faibles, vagues, ou plus ou moins vifs, revenant à des intervalles plus ou moins éloignés. Au bout de quelques mois, la douleur devient très-aiguë, est continue ou revient par accès; le moindre contact et les mouvements de la jambe l'exaspèrent; elle s'irradie dans tout le membre; on rencontre alors dans le point douloureux, et ordinairement au-dessous de la peau, une petite tumeur dure, mobile, sans altération des téguments. Au bout d'un temps plus ou moins long, elle contracte des adhérences avec la peau, celle-ci devient bleuâtre, et il se forme un ulcère chancreux.

Diagnostic. Lorsque les tumeurs squirrheuses enkystées sont sous-cutanées, il est impossible de ne pas reconnaître immédiatement leur nature; mais lorsqu'elles sont sous-aponévrotiques, on pourrait, si elles sont sur le trajet des nerfs, les prendre pour des névromes, d'autant plus que, comme les névromes, elles occasionnent des douleurs névralgiques très-vives. On les distinguera aux caractères sui-

vants : les névromes sont le plus souvent nombreux (nous avons vu, dans le service de M. le professeur Nélaton, un malade dont presque tous les nerfs étaient couverts de tumeurs névromatiques) ; les tumeurs squirrheuses enkystées sont presque toujours solitaires. Les premiers sont peu douloureux à la pression, les seconds le sont extrêmement ; le volume de ceux-là est ordinairement beaucoup plus considérable que celui de celles-ci ; la douleur qu'elles occasionnent est excessivement aiguë et souvent intermittente ; celle des névromes est moins vive et plus continue, elle suit le trajet des nerfs sciatique et poplité, tandis que l'autre s'irradie d'une manière plus diffuse. Enfin, si l'on comprime le nerf sciatique, on calme les douleurs dues aux névromes ; cette compression, au contraire, ne produit aucun effet quand on a affaire à une tumeur squirrheuse enkystée.

XI. Corps étrangers. — Les corps étrangers que l'on rencontre dans la région poplitée y ont cheminé après avoir été introduits dans d'autres points de l'économie ; mais le plus souvent ils y ont été portés directement. Les premiers sont presque toujours des instruments piquants d'un volume peu considérable, des aiguilles, des épingles, etc. De nombreux exemples ont été rapportés ; qu'il me suffise de citer ceux de Roderic a Castro, de Henri de Moïnichen, de Bartholin, de Maunoir, de Boucher, de Villars. La cause de la maladie datant d'un temps plus ou moins long, la sensation d'un corps dur, peu volumineux, ordinairement métallique, venant faire saillie sous la peau, ayant même souvent perforé cette dernière avec une de ses extrémités, indiqueront parfaitement la nature de la maladie.

Quant aux corps qui ont été portés directement dans le jarret, ce sont ordinairement des projectiles, des balles, des plombs, des portions d'instruments tranchants. Le chirurgien est appelé près du malade immédiatement après l'accident, ou bien longtemps après, lorsque la plaie est cicatrisée.

Dans le premier cas, un examen attentif de la blessure, qui offre

ordinairement une ouverture d'entrée sans ouverture de sortie, quand il s'agit de projectiles, la connaissance que l'instrument tranchant s'est brisé au moment de l'accident, enfin le sondage de la plaie, au moyen d'un stylet, mettront sur la voie du diagnostic.

Dans le second cas, les signes commémoratifs seront encore de la plus haute importauce : il existera une cicatrice dans un des points voisins de celui qu'occupe le corps étranger, le malade y aura ressenti depuis longtemps des douleurs quelquefois assez vives, le plus souvent vagues et passagères, consistant en un peu de gêne; plusieurs abcès se seront succédé. Existe-t-il un foyer purulent, on l'ouvrira, et on reconnaîtra, au moyen d'un stylet, la cause de la maladie; s'est-il formé un trajet fistuleux, il permettra de sentir le corps étranger. D'autres fois celui-ci s'est enkysté, et a pris droit de domicile dans l'économie; alors il manifeste sa présence par une tumeur plus ou moins profondément située, dure, non élastique, ordinairement mobile et indolente.

Nous rangeons dans une dernière catégorie les esquilles osseuses, dont le diagnostic est le même que celui des fractures comminutives du fémur ou du tibia.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Exposer les différentes méthodes d'électrisation de l'homme et leurs divers effets.

Chimie. — Des oxydes de plomb.

Pharmacie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont pour base le sulfate, le nitrate ou l'acétate de mercure.

Histoire naturelle. — Caractères de la famille des légumineuses, sa subdivision en ordres; énumérer les médicaments que fournit la tribu des cassiées.

Anatomie. — Des différences que présente la membrane muqueuse de l'intestin grêle, depuis le commencement du duodénum jusqu'à la fin de l'intestin grêle.

Physiologie. — Exposer la classification des sensations.

Pathologie interne. — Des lésions organiques qui peuvent produire l'ascite.

Pathologie externe. — De l'étranglement aigu dans les hernies.